

AZ ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT KAPCSOLATA

Egészségszociológiai vizsgálat a lakosság egészségi állapotában
bekövetkező változások megismerésére a magyarországi társadalmi-
gazdasági átalakulás időszakában

PhD. értekezés

Lampek Kinga

Témavezető: Dr. Tahin Tamás egyetemi docens

Alprogramvezető: Prof. Dr. Szabó Imre egyetemi tanár

Programvezető: Prof. Dr. Lénárd László egyetemi tanár

**Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar**

2004.

Tartalomjegyzék

1	BEVEZETÉS.....	4
2	ROSS ÉS WU SZOCIÁLIS OKSÁGI MODELLJE.....	5
2.1	A munka és az anyagi körülmények.....	5
2.2	Pszichoszociális erőforrások	7
2.3	Az egészséges életstílus.....	9
2.4	A modellre ható hazai sajátosságok.....	11
3	AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT JELLEMZŐI A MAGYAR LAKOSSÁG KÖRÉBEN.....	14
3.1	Az egészségi állapot főbb mutatói.....	15
3.1.1	Születéskor várható átlagos élettartam	15
3.1.2	Mortalitási adatok	15
3.1.3	Morbiditási adatok.....	17
3.1.4	Szubjektív önértékelő egészségi állapot vizsgálatok.....	19
4	KUTATÁSI CÉLOK.....	23
5	HIPOTÉZISEK.....	25
6	A KUTATÁS MÓDSZERE	26
6.1	Független és függő változók.....	26
6.1.1	Az iskolai végzettség és a demográfiai-társadalmi jellemzők mérése	26
6.1.2	A munka és az anyagi körülmények mérése	27
6.1.3	A pszichoszociális erőforrások mérése.....	27
6.1.4	Az egészséges életstílus mérése.	28
6.1.5	Az egészségi állapot mérése.....	29
7	ELEMZÉSI STRATÉGIA.....	30
8	SAJÁT KUTATÁS EREDMÉNYEI	32
8.1	A minta	32
8.2	Az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolat az alapkutatásban 1988/89	34
8.2.1	Az egészségi állapot mutatói.....	34
8.2.2	Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők	38
8.3	Az egészségi állapot és az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők változása – a 2003. évi kutatás eredményei	41
8.3.1	Egészségi állapot önértékelése	42
8.3.2	Tevékenységhatárkorlátozottság	46
8.3.3	Idült betegségek.....	49
8.3.3.1	Fatális és nem-fatális idült betegségek	52
8.3.4	Az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők változása 1988/89 és 2003 között	54
8.4	Az iskolai végzettség és az egészségi állapot összefüggését magyarázó tényezők.....	57
8.5	Az egészségi állapot változását leíró modell.....	66
8.6	A regressziós modellek „jósló” képessége	70
8.7	A mortalitás alakulása és a mortalitást befolyásoló tényezők szerepe.....	72
8.7.1	Az országos és a Baranya megyei statisztikák másodelemzésével nyert eredmények összefoglalása.....	73

8.7.2	A követett lakossági minta mortalitása.....	77
8.7.2.1	Nem és korcsoportok szerinti halálozás	77
8.7.2.2	A halálozás valószínűségét befolyásoló tényezők.....	81
9	Összefoglalás	88
9.1	A kutatási téma további lehetséges irányai, az eredmények hasznosításának lehetőségei	91

Hivatkozások

A PhD. értekezés alapját képező eredményekkel kapcsolatos publikációk, konferencia-részvételek

1 BEVEZETÉS

Az elmúlt két évtizedben számos kutatás irányult az iskolai végzettség és az egészség kapcsolatának feltárására, így napjainkban az egészségszociológiai szakirodalomban általánosan elfogadott megállapítás, hogy az emberek egészségi állapotát, halandóságát jelentősen befolyásoló szociális tényező az iskolai végzettség. Külföldi és hazai kutatások egész sora igazolta, hogy a magasabb iskolai végzettségű emberek egészségi állapota általában jobb, mint az alacsonyabb végzettségűeké. Ritkábban fordul elő körükben a betegség miatti átmeneti vagy tartós tevékenységkorlátozottság, alacsonyabb a morbiditásuk és a megrokkanasuk aránya, halálozásuk későbbi életszakaszban következik be. Az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél gyakrabban fordulnak elő a fertőző betegségek, nagyobb köztük az idült betegségekben szenvedők aránya, körükben a fatális kimenetelű betegségek gyorsabban vezetnek halálhoz és rövidebb a várható átlagos élettartamuk. Egészségüket önmaguk is negatívabban értékelik, mint a magasabb iskolázottságúak (Feldman és mtsai 1989; Guralnik és mtsai 1993; Gutzwiller és mtsai 1989; Kaplan, Haan és Syme 1986; Liu és mtsai 1982; Syme és Berkman 1986; Winkleby és mtsai 1992).

Miért és hogyan hat az iskolai végzettség az egészségi állapotra? Melyek azok az egészséget pozitívan befolyásoló faktorok, szociális-gazdasági, pszichológiai és egyéni magatartásbeli előnyök, amelyek a magasabb iskolázottsággal járnak, és milyen negatív tényezők társulnak az alacsony iskolázottsághoz?

E kérdések felvetése azért is fontos, mivel a kilencvenes évek közepéig az egészségszociológiai kutatások a fő figyelmet az iskolai végzettség - egészségi állapot közötti kapcsolat rutinszerű kimutatására fordították. Még az igencsak bőséges amerikai szakirodalomban – Leigh (1983) tanulmánya kivételével – sem foglalkoztak az iskolai végzettség egészségi állapotra gyakorolt hatását közvetítő szociális oksági összefüggéssel. A hazai és a külföldi vizsgálatok is elsősorban arra adtak választ, hogy az egészségükben veszélyeztetett csoportok milyen társadalmi-demográfiai jellemzők segítségével határozhatók meg (Doornbos és Kromhout 1990; Fox, Goldblatt és Jones 1985; Józan 1994; Lehmann és Polonyi 1998; Makara 1995; Pikó 1998). Megállapításaik szerint, az emberek egészségi állapotában jelentkező különbségek magyarázatában az iskolai végzettség kiemelt szerephez jut a foglalkozás és a jövedelmi-vagyoni helyzet mellett (Kessler, House és Turner 1987;

Losonczy 1989; Moser, Fox és Jones 1986; Pearlin, Lieberman, Menaghan és Mullan 1981; Ross és Huber 1985; Susánszky, Szántó, Kopp és Szedmák 1997; Verbrugge 1983). Több kutatás felhívta a figyelmet arra, hogy az iskolázottság fokozza azt a képességet, hogy megbirkózzunk nehézségeinkkel, hatékonyabban, racionálisabban kezeljük problémáinkat (Kopp és Skrabski 1995, Kopp, Skrabski, Löke és Szedmák 1996, 1998; Mirowsky és Ross 1989; Pearlin és mtsai 1981; Seeman és Seeman 1983; Pikó 2002). Más vizsgálatok viszont az iskolázottság magasabb szintje és az egészséges, nem önkárosító magatartásformák és szokások között mutattak ki szoros kapcsolatot (Andorka 1990; Elekes és Paksi 1996; Jacobsen, Bjarne és Thelle 1988; Shea és mtsai 1991; Winkleby és mtsai 1992). Elismerve az említett és számos más kutatás eredményességét megállapíthatjuk, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolat sok tekintetben még tisztázatlan maradt, a mediátorokként szereplő faktorok csak részben ismertek, a köztük lévő összefüggések feltárása nem történt meg teljes körűen.

2 ROSS ÉS WU SZOCIÁLIS OKSÁGI MODELLJE

Az iskolai végzettséghez kapcsolódó szociális oksági modell kidolgozása és érvényességének első empirikus igazolása Ross és Wu (1995) nevéhez fűződik, akik az egészségi állapot és az iskolázottság közti oki összetevőket három kategóriába sorolták:

- a munka és anyagi körülmények
- a pszichoszociális erőforrások
- az egészséges életstílus.

Kutatásaikban azt vizsgálták, hogy az egyes faktorcsoportok külön-külön és együttesen milyen mértékben felelősek az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggésért.

2.1 A munka és az anyagi körülmények

Az iskolai végzettség alakítja a foglalkozást, a munkavállalást és az anyagi körülményeket. A magasabb iskolázottságúakat kevésbé fenyegeti a munkanélküliség, az egészségi okok miatti nyugdíjazás (rokkantság), kevesebb köztük a munkaképes korú eltartott (nem foglalkoztatott),

az egészséget kevésbé vagy egyáltalán nem veszélyeztető munkát végeznek; munkájuk inkább kielégíti őket, jobban megfelel várakozásaiknak, mint az alacsonyabb iskolai végzettségüké. Jövedelmük kedvezőbben alakulhat és kevésbé küszködnek anyagi gondokkal. Ily módon a magasabb iskolai végzettségűek munkája és anyagi körülményei védő hatással lehetnek egészségükre.

a) Foglalkoztatottság. Az iskolai végzettség és a foglalkoztatottság kapcsolatát a fejlett országokban rendszeresen vizsgálják. Így pl. 2000-ben az USA-ban a 25-34 éves egyetemi/főiskolai végzettségűek 87%-a volt foglalkoztatott, szemben a középiskolát végzettek 77%-ával, és a 8 osztályt vagy kevesebbet végzettek 56%-ával. A felsőfokú képzettségűek között a munkanélküliek aránya 3% volt, egyötöde a középiskolai végzettségűek közötti arálynak (U.S. Department of Education 2001). Az iskolázottság hiánya korlátozza az elhelyezkedést, az alacsony iskolai végzettségűek végzik a rosszul fizetett, gyakran egészségre ártalmas munkákat, és gazdasági visszaesés idején őket fenyegeti leginkább az elbocsátás veszélye (Elder és Liker 1982).

A foglalkoztatottság előnyös hatású az egészségre, míg a munkanélküliség összefügg a betegséggel (Linn, Sandifer és Stein 1995; Pearlín, Lieberman, Menaghan és Mullan 1981). A férfiaknál régóta ismert és az újabb vizsgálatok a nők körében is igazolták, hogy a foglalkoztatottak számolnak be a legjobb fizikai egészségről; a háztartásbeli nők már rosszabb, a munkanélküli nők pedig a legrosszabb egészségi állapotról tudósítanak (Bird and Fremont 1991; Jennings, Mazaik és McKinlay 1997; Verbrugge 1983). Számos vizsgálat igazolta, hogy az egészség és a foglalkoztatottság közötti pozitív kapcsolat nem tulajdonítható csupán annak a szelekciónak, hogy az egészségesebb emberek eleve kedvezőbb helyzetben vannak a munkaerőpiacon (Kessler, House és Turner 1987; Moser, Fox és Jones 1986; Passanante és Nathanson 1985; Ross és Mirowsky 1995).

b) A jövedelem és az anyagi gondok. Az iskolai végzettség befolyásolja a foglalkoztatottságot, a jövedelmet és ezáltal az anyagi helyzetet. Az alacsony iskolázottság alacsony jövedelemmel, anyagi gondokkal jár. Sőt, még az azonos jövedelműek körében is a kevésbé iskolázottak küszködnek inkább anyagi nehézségekkel (Ross és Huber 1998). A magasabb iskolázottság olyan készségekkel és ismeretekkel ruházza fel az embereket, melyek elősegítik a stresszel való megküzdést, beleértve az alacsony jövedelemből eredőt is.

Az anyagi gondok rontják az egészséget. Amikor az élet folytonos küzdelem a mindennapiért, amikor az ember soha nem lehet biztos abban, hogy lesz-e elég pénz az élelemre, ruhára, lakásrezsire, akkor gyakran fáradtnak, depressziósnak és reményvesztettnek érzi magát. Ez csökkenti az ellenálló képességet és növeli a megbetegedésre való fogékonyságot (Pearlin és mtsai 1981; Syme és Berkman 1986; Kopp és Skrabski 1995, Kopp, Skrabski, Lőke és Szedmák 1996).

2.2 Pszichoszociális erőforrások

Az iskolázottság alakítja az olyan fontos pszichoszociális erőforrásokat, mint az életirányítási képességet (a személyes kontrollt az élet eseményei felett), és a szociális támogatást. A magasabb iskolai végzettségűek pszichoszociális erőforrásai gazdagabbak, és ez jobb egészségi állapotuk közvetlen előidéző faktora (Ross és Wu 1995). A szociális, pszichológiai és személyes erőforrások megkülönböztetése a munka és anyagi körülményektől párhuzamos azzal, amit Max Weber (1987) státusz és osztály fogalompárral írt le, s ily módon viszonylag elkülönülten hatnak az életesélyekre (DiMaggio és Mohr 1985). Ezen erőforrások között Ross és Wu (1995), Mirowsky és Ross (1989) kiemelten hangsúlyozta az életirányítási képesség (mastery) és a szociális támogatás (social support) jelentőségét az egészségi állapot alakításában.

a) A kontroll tudata. Az a tudat, hogy az ember ellenőrizni képes saját életét, fontos láncszem lehet az iskolai végzettség és az egészség közötti kapcsolatban. Az észlelt hatalomnélküliség és kontrollhiány abban a hitben jut kifejezésre, hogy az egyén tevékenységei nem befolyásolják az őt érő hatásokat vagy saját helyzetét - ezeket inkább olyan rajta kívül munkálkodó erők befolyásolják, mint a hatalommal rendelkezők, a szerencse, a sors vagy a véletlen. Ezzel szemben a személyes kontroll tudata azt a megtanult várakozást jelenti, hogy az embert érő hatások az egyén saját választásaitól és tevékenységeitől is függnének - vagyis az ember képes uralni, ellenőrizni, irányítani és hatékonyan megváltoztatni környezetét, kapcsolatait.

Az iskolai oktatás elősegíti azon képességek kialakulását, melyek sokféle módon megnövelik a kontrolltudatot, az életirányítási képességet és a személyes autonómiát. Ilyen képességek: a kommunikációs készségek és szokások, az elemzési jártasságok, stb. Mivel az oktatás fejleszti

az információk összegyűjtési és értelmezési, valamint a problémamegoldási képességet különböző szinteken, ezért megnöveli az egyén potenciálját az élet eseményei és lehetőségei feletti kontrollra. (Sarason és mtsai 1990) Továbbá, ahogy az egyén előrejut az iskolázottságban, úgy mind nehezebb, bonyolultabb és aprólékosabb problémákat old meg; ez a folyamat fejleszti jártasságát és önbizalmát. Az oktatás beleneveli az emberekbe azt a szokást, hogy a problémákkal figyelmesen, gondolkodva, kitartóan és cselekedve foglalkozzanak. Ezzel szemben az alacsony iskolai végzettségűek, a korlátozott munkalehetőségűek és a szűkös anyagi körülmények között élők, ezeket a nehézségeket úgy élik meg, mint amik úgyszólván „be vannak építve” sorsukba (Ross és Wu 1995).

A személyes kontroll tudata javítja az egészséget, kivált a megfelelő életmód révén. A magasabb kontroll szintű emberek többet tudnak az egészségről és tudatosabban is cselekszenek megőrzésében, valószínűbben végeznek preventív tevékenységeket (pl. a dohányzás abbahagyása, az alkoholfogyasztás mérséklése) és ennek eredményeképp egészségük önértékelése kedvezőbb, kevesebb betegségről számolnak be, mint az alacsony kontrolltudattal rendelkezők (Seeman és Seeman 1983; Seeman, Seeman és Budros 1988).

b) A szociális támogatás. A szociális támogatás annak érzése, hogy törődnek velünk és szeretnek bennünket, becsülnek és értékelnek, valamint, hogy részesei vagyunk egy olyan kommunikációs és kölcsönös kötelezettségi hálózatnak, amelyben számíthatunk másokra. A magasabb iskolai végzettségűek körében a szociális támogatás kedvezőbben alakul, mint a kevésbé iskolázottaknál (Ross és Mirowsky 1989). Például a munkanélküliség és az anyagi szűkösség (a csekély műveltséggel összefüggésben) csökkenti annak érzését, hogy a házastárs magatartása támogató jellegű, és növeli a családi vitákat (Atkinson, Liem és Liem 1986). Így tehát, éppen azok az emberek, akik leginkább rászorulnának a szociális támogatásra, hogy megbirkózzanak hátrányos helyzetükkel, a legkevésbé kapják meg azt.

A szociális támogatás javítja az egészséget és csökkenti a mortalitást (House, Landis és Umberson, 1988). A kevés szociális kapcsolattal bíró férfiak korszpecifikus halandósága 2,3-szor, a nőké 2,8-szor nagyobb a sok társas támogatásban részesülő társaiknál (Berkman és Breslow 1983). A szociális támogatás az egészséget a pszichológiai és viselkedési mechanizmusok útján javítja. Csökkenti a depressziót, a szorongást és más lelki zavarokat (Kessler és McLeod 1985; LaRocco, House és French 1980). Az idő múlásával a tartós

pszichológiai problémák rontják a testi egészséget is (Aneshensel, Frerichs és Huba, 1984). Egy 15 hónapos követéses vizsgálat szerint a súlyosan depressziósok négyszer nagyobb valószínűséggel halnak meg, mint mások, egyébként azonos egészségi állapot és fizikai funkcionálás mellett (Bruce és Leaf 1989). A szociális támogatás növelheti az egészséget védő tevékenységeket is. Például a házastárs, a barát rosszallása elősegítheti a dohányzás abbahagyását, az ivás mérséklését (Umberson 1987). A magasabb iskolázottságúak pszichoszociális erőforrásai magukba foglalhatják a kulturális tőkét és az intellektuális rugalmasságot (Bourdieu 1978; DiMaggio 1982; DiMaggio és Mohr 1985; Kohn és Slomczynski 1990; Parelius és Parelius 1987). Ezek csökkenthetik az egészséget veszélyeztető tényezőknek való kitettséget és/vagy növelhetik a velük való megbirkózási kapacitást (Adler és mtsai 1994).

2.3 Az egészséges életstílus

Az alacsony iskolai végzettségűekhez viszonyítva a magasabb iskolázottságúak gyakrabban befolyásolják tudatosan egészségüket testedzéssel, mérsékelt alkoholfogyasztással vagy a dohányzástól való tartózkodással, egészségi állapotuk rendszeres ellenőrzésével.

a) A dohányzás. A magasabb iskolai végzettségűek körében kevesebben dohányoznak, mivel valószínűleg nem is szoktak rá, vagy ha igen, abbahagyták (Helmert, Herman, Joeckel, Greiser és Madans 1989; Jacobsen és Thele 1988; Liu és mtsai 1982; Matthews, Kelsey, Meilahn, Kuller és Wing 1989; Millar és Wigle 1986; Shea és mtsai 1991; Wagenknecht és mtsai 1990; Winkleby és mtsai 1992). A dohányzásról közismert, hogy negatív hatása van az egészségre, sőt egyes szerzők szerint az összes szokásszerűen végzett tevékenység közül a dohányzás jár a legtöbb negatív következménnyel (Rogers és Powell-Griner 1991). A dohányzás növeli az ischaemiás szívbetegség, az agyvérzés, az érelmeszesedés, az aneurizmák, a tüdő és más rákok, az idült tüdőbetegségek, a májbetegség kockázatát -, amelyek a halálozások kétharmadát okozzák. A dohányzás összefügg az egészségi állapot negatív önértékelésével is (Abott, Yin, Reed és Yano 1986; NCHS 1992; Segovia, Bartlett és Edwards 1989; Surgeon General 1982; U.S. Preventive Services Task Force 1989).

b) A testedzés. A magasabb iskolázottság pozitívan függ össze a szabadidős fizikai aktivitással, s ez kedvező hatású az egészségre (Berkman és Breslow 1983). A mozgásszegény

életmódhoz viszonyítva, bármely fizikai aktivitás csökkenti a mortalitást (Ford és mtsai 1991; Helmert és mtsai 1989; Jacobsen és Thelle 1988; Leigh 1983; Shea és mtsai 1991). A testedzés mérsékli a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát, a gerincfájdalmat, a csonttritkulást, az érrelmeszesedést, a vastagbél-daganatot, a magas vérnyomást, az elhízást, a visszértágulást, a felnőttkori cukorbetegség előfordulását, és javítja az egészségről alkotott szubjektív értékelést. (Berlin és Colditz 1990; Caspersen, Bloembergen, Saris, Merritt és Kromhout 1992; Duncan, Gordon és Scott 1991; Leon, Connett, Jacobs és Rauramaa 1987; Paffenbarger és mtsai 1993; Sandvik és mtsai 1993; Segovia és mtsai 1989; U.S. Preventive Services Task Force 1989).

c) Az alkoholfogyasztás. A magasabb iskolázottságúak ritkábban és mértékletesebben fogyasztanak szeszes italt, mint az alacsony iskolai végzettségűek. Az utóbbiak között valószínűbb az alkoholizmus, de az absztinencia is gyakoribb (Darrow, Russell, Copper, Mudar és Frone 1992; Midanik, Klatsky és Armstrong 1990; Romelsjö és Diderichsen 1989). A dohányzással és az ülő életstílussal összevetve, az alkoholfogyasztás a 15 vezető halálok közül négyben - autóbalesetek, májzsugor, öngyilkosság és gyilkosság - játszik szerepet. Továbbá, a kutatások U-alakú kapcsolatot tártak fel az alkoholfogyasztás és az egészségi állapot között. A nagyivóknak és az absztinenseknek egyaránt nagyobb a mortalitása és morbiditása, szemben a mérsékelt ivókkal (Berkman és Breslow 1983; Guralnik és Kaplan 1989; Midanik és mtsai 1990). A mérsékelt ivás az absztinenciával összehasonlítva, csökkenti az ischaemiás szívbetegség, az agyvérzés és a magas vérnyomás kockázatát, míg a mértéktelen szeszfogyasztás növeli a betegségek rizikóját (Gaziano és mtsai 1993; Gill, Zuzulka, Shipley, Gill és Beevers 1986; Stampfer, Colditz, Willet, Speizer és Hennekens 1988).

d) Az egészségi állapot ellenőrzése. A magasabb iskolai végzettségűek gyakrabban veszik igénybe preventív céllal az egészségügyi ellátást, mint az alacsony iskolázottságúak (Coburn és Pope 1974). Az előbbiek szociális hálózata is támogatja az egészségmegőrző magatartást. Kevés vizsgálat irányult azonban a preventív szolgáltatások tényleges hasznának feltárására, és azok sem mutatták ki az évente végzett ellenőrzés és a jobb egészség közötti kapcsolatot (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1979, 1988; U.S. Preventive Services Task Force 1989). Mindazonáltal lehetséges, hogy az iskolai végzettség egészségvédő hatása mutatkozik a preventív szolgáltatások igénybevételének növekedésében.

2.4 A modellre ható hazai sajátosságok

A bemutatott szociális oksági modell - összetevőit tekintve - változhat az egyes országok sajátosságai szerint (Hraba és mtsai 1998). Különösen így lehet ez a volt szocialista országokban, így a magyar társadalomban is, ahol a történeti előzmények és az utóbbi másfél évtized társadalmi-gazdasági átalakulási folyamatai az oksági modell mindhárom összetevőjét sajátosan alakíthatták.

A magyar társadalomban történetileg a foglalkoztatás államilag garantált volt az iskolai végzettségtől függetlenül, a munkabérek kevésbé függtek a képzettségi szinttől, sőt néhány gazdasági ágban az alacsonyabb végzettségűek jelentősen magasabb bért kaptak. Az egészség szempontjából releváns különbségek inkább a végzett munkában, a munkakörülményekben, a munkarendben és az ingázásban jelentkeztek, valamint a második gazdaságban való részvételben (Andorka 1992; Kolosi 1987; Losonczy 1989). A munkaigénybevétel, a munkával járó egészséget veszélyeztető tényezők, a hivatalos és a nem hivatalos gazdaságban végzett többletmunka, az ezzel járó fizikai és mentális terhelés azok a faktorok, melyek az iskolai végzettség szerint valóban differenciáltak voltak. Természetesen voltak olyan csoportok is, melyek egyszerűen kiszorultak a második gazdaságban való részvételből. E csoportok energiáit szinte teljesen felemésztette a hivatalos gazdaságban végzett munka, nekik jutottak a rosszul fizetett, az egészséget leginkább veszélyeztető munkatevékenységek, maradék erejük további hasznosítására nem vagy alig volt lehetőségük, vagy nem voltak képesek arra. Ide tartozott az alacsony iskolai végzettségűek, szakképzetlenek jelentős hányada (Ferge 1996; Gábor 1992; Kállai és Vadas 1986; Pörcei, Kóczán, Tahin 1986).

A 90-es évek társadalmi-gazdasági változási folyamatai eltérően hatottak a különböző iskolázottságú emberek foglalkoztatási és anyagi helyzetére. A magasabb iskolai végzettségűek foglalkoztatási esélyei alig csökkentek, jelentős részük anyagi helyzete inkább javult vagy stabil maradt, különösen a privát szektorban (Andorka 1996; Kolosi és Sági 1996; Róbert és mtsai 1995). A második gazdaságban végzett tevékenységüket sokan vállalkozások formájában voltak képesek folytatni. A középrétegeket már inkább sújtotta a munkanélküliség vagy annak veszélye, jövedelmi pozíciójuk jelentősen romlott, lecsúszásukat csak kisebb mértékben tudták fékezni többletmunka vállalásával vagy saját vállalkozással. Az alsó rétegek, az alacsony iskolai végzettségű, segéd- és betanított munkások tömegesen veszítették el

munkájukat, számukra a puszta megélhetés biztosítása lett a fő gond. A marginalizált csoportok évről-évre tovább bővültek (Ferge 1996; Kolosi és Sági 1998; Sík és Tóth 1998). Ennek a folyamatnak egyetlen előnye, hogy megszabadultak az egészségüket közvetlenül veszélyeztető munkától és munkakörülményektől. Ám helyükbe a munkanélküliségből eredő egészségre káros hatások léptek. Pontosabban, egyfelől tovább „cipelték” a korábbi helyzetükből adódó egészségi ártalmakat, másfelől ezeket súlyosbították és kibővítették a megváltozott élethelyzetből eredő következmények. A középrétegek egészségi állapotát differenciáltan befolyásolta a jövedelmi helyzetük romlásából eredő stressz, egzisztenciális bizonytalanságokkal járó feszültség, a kompenzatórikus túlmunka, azoknál, akiknek erre lehetőségük nyílt és éltek is vele (Kopp és Skrabski, 1995; Makara 1995; Pikó 1998).

A pszichoszociális erőforrások beszűkülése, mint dezintegrációs folyamatok részjelensége, már a 80-as években megfigyelhető volt hazai viszonyaink között (Andorka 1994; Elekes és Liptay 1987; Kopp, Skrabski 1987; Jeges, Tahin és Tóth 1997). Miközben a XX. század második felétől a magyar lakosság életfeltételei sok szempontból jelentősen javultak, éppen a személyiségfejlődés szempontjából lényeges kapcsolatok, az ezekben elsajátítható szociális minták, értékek és normák átadásának rendje sérült meg alapvetően. Ehhez társultak a felgyorsult élettempó és az egyre kevésbé kiszámítható környezeti változások, fokozva a naponta megélt szorongató élethelyzetek számát. Az így megélt stressz nem önmagában egészségkárosító, ennek fokozott ereje akkor érvényesül, ha nem ismerjük az újszerű helyzetek megoldási módját, vagy azért mert nem rendelkezünk elég információval, vagy azért mert nem érzünk magunkban elég erőt, képességet a felmerülő problémák megoldására. (Kopp, Skrabski 1995; Pikó 1997; Susánszky, Szántó, Kopp és Szedmák 1997).

A szociális kohézió és az életirányítási képesség hiánya szinte törvényszerűen vezet az ún. depressziós tünetegyüttes kialakulásához. Kopp Mária és munkatársai vizsgálataikban szoros kapcsolatot mutattak ki a szorongásos állapot és a korai halálozás között, magyarázatot találva a mortalitási viszonyok közép-európai paradoxonnak nevezett jelenségre. A 90-es években végbement társadalmi-gazdasági változások során megfigyelhetővé vált, hogy az iskolázottság és a depressziós tünetegyüttes kapcsolata tovább erősödött: 1995-ben a 8 osztályt végzettek fele panaszkodott a depressziós tünetekről, a diplomások közül „csak” 17,6%. (Kopp, Skrabski 1998, Pikó 2002).

Az oksági modell harmadik összetevője az egészséges életstílus. Az iskolai végzettség és az egészséges életstílus összetevői közötti kapcsolatot hazai viszonyaink között számos vizsgálat is igazolta, s kimutatták ezek szerepét az egészségi állapot alakításában (Józan 1994; Losonczy 1989; Makara 1995; Pikó 1998). A magyar társadalomban az egészséges életstílus folytatásának elvi esélyei mindenki számára fennálltak. Azonban, elsődlegesen a magasabb iskolai végzettségűek körében jelentkezett erre igény és alakult ki tényleges lehetőség rendszeres testedzésre, egészséges táplálkozásra. Ők képviselték az egészségtudatosság viszonylag magasabb szintjét, akiknél az ismeret, beállítottság és cselekvés koherensen összekapcsolódott. Ezzel szemben a dohányzás és az alkoholfogyasztás, mint a feszültségekkel való megbirkózás vagy mint a társasági élet társadalmilag, szubkulturálisan jóváhagyott cselekvési módjai széles körben elterjedtek. A toleráns, megengedő, a még nem ártalmas tartományt szélesen kezelő beállítottságok, az ismerethiány a káros hatásokról, elősegítették ezen önkárosító tevékenységek gyakori előfordulását, különösen az alacsonyabb iskolázottságú társadalmi csoportokban (Andorka 1994; Elekes, Liptay 1987).

Az elmúlt évtizedben nehezen megbecsülhető, hogy az alkoholfogyasztás okozta problémák gyakorisága, súlyossága erősödött-e vagy gyengült. A rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján megállapíthatjuk, hogy az egy főre jutó alkoholfogyasztás a nyolcvanas évek közepétől csökkent, a kilencvenes években pedig stagnált, de a májzsugorban meghaltak száma az ezredfordulóig jelentősen nőtt. Továbbra is kérdés marad azonban, hogy az elfogyasztott alkohol mennyiségének csökkenése eredményez-e majd számottevő változást az elkövetkező években vagy a mortalitásban jelentkező következmények hosszabb távon változatlanok maradnak-e (Elekes 2000). A dohányzás területén jelentős változás az elmúlt évtizedben nem volt tapasztalható, a férfiaknak továbbra is közel 40%-a, a nőknek 24%-a cigarettázik, „ellenállva” minden dohányzásellenes kampánynak (Csoboth 1997; Fact Intézet 1999).

Összességében az életstílus egészséget veszélyeztető összetevői azoknál a társadalmi csoportoknál váltak még kifejezettebbé, akik mind a pszichoszociális erőforrások, mind a munka és anyagi körülmények területén egyébként is hátrányos helyzetbe kerültek, az egészséget védő összetevők pedig az ellenkező póluson halmozódtak fel.

3 AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT JELLEMZŐI A MAGYAR LAKOSSÁG KÖRÉBEN

A XX. század utolsó évtizedében elkezdődő és jelenleg is tartó társadalmi – gazdasági átalakulás jelentősen befolyásolta a magyar népesség egészségi állapotát. A jelenség nem ismeretlen, hiszen számos hazai és külföldi kutatás mutatott ki szoros kapcsolatot a lakosság egészségi állapota és társadalmi-gazdasági jellemzői között (Adler és mtsai 1994; Doornbos, Kromhout 1990; Losonczy 1989; Makara 1995; Susánszky, Szántó, Kopp, Szedmák 1997; Pikó 1998; Tahin, Jeges, Lampek 2000a,b). A 90-es évek és napjaink változásaiban szerepet játszanak új folyamatok is. A munkanélküliség megjelenése, a jövedelmek és az életszínvonal - sokak számára - számottevő csökkenése, az alacsony iskolázottság miatt kialakult leküzdhetetlen hátrányos helyzet különös erővel sújtotta a társadalom perifériájára szorult csoportokat. Ugyanakkor világosan kezd körvonalazódni azok csoportja is, akik számára az egészség megőrzése, fenntartása nemcsak alapvető és megtanult érték, hanem életmódjukat, hétköznapi életüket tudatosan alakítják az egészségben maradás igényével.

Ma már szinte közhelynek számít, hogy hazánkban az egészségi állapot évtizedek óta kedvezőtlenül alakul, lemaradásunk más európai országokhoz képest számottevő. Magyarország a legfontosabb egészségügyi mutatókat tekintve az európai országok sorában az utolsók közé került. Az élveszületések száma alacsony, a lakosság halandósága magas, az egészségügyi ellátó rendszer működése és finanszírozása, valamint a betegellátás színvonala egyaránt súlyos problémákkal terhelt. Ilyen körülmények közt különösen fontos társadalmi feladattá vált a lakosság egészségi állapotának megismerése, monitorozása annak érdekében, hogy az egészséges, produktív életévek száma megnövelhető legyen (Gárdos 2001; Józan 2000; Klinger 2001; KSH 2002).

Magyarországon az elmúlt évtizedekben a népesség egészségi állapotáról csak részleges információk álltak rendelkezésre. Az utóbbi években azonban jó néhány országos méretű kutatás készült, melyek alapján képet alkothatunk a lakosság egészségi állapotáról és az azt befolyásoló tényezők szerepéről (Lehmann, Polonyi 1998; OLEF 2001; KSH 2000; HungaroStudy 2002). Elmondható, hogy a témával kapcsolatos minden egyes kutatás

hiánypótló, sem a jelenlegi helyzet, sem a tendenciák megismerése nem hagyhatók figyelmen kívül a társadalmi-gazdasági élet egyetlen területét érintő döntésben sem.

3.1 Az egészségi állapot főbb mutatói

Egy társadalom népességének egészségi állapotát bemutató, elemző kutatások alapvetően a születéskor várható átlagos élettartamot, a mortalitási és a morbiditási adatokat használják fel.

3.1.1 Születéskor várható átlagos élettartam

Magyarország lakosságának egészségi állapota az elmúlt három évtizedben sokat romlott és nemzetközi összehasonlításban is rendkívül kedvezőtlen képet mutat. Az egészségi állapotot jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam mérőszáma, vagyis az az életkor, amelyet átlagosan megélhet egy ma született nő vagy férfi. Az Európai Unió országainak átlagában a nők 81-82 év, a férfiak 75 év körüli élettartamra számíthatnak. Magyarországon ez az élettartam a nők körében átlagosan 76 év, a férfiaknál 68 év (2001. évi adatok). Egy magyar állampolgár tehát átlagosan 6 -7 évvel él kevesebbet nyugat-európai társainál. A férfiak várható élettartamát nagymértékben befolyásolja, hogy Magyarországon különlegesen magas a középkorú férfiak halálozása (Józan 2002).

A hazai viszonyokat elemezve azt tapasztaljuk, hogy míg a nők várható átlagos élettartama lassan ugyan, de emelkedik, addig a férfiak esetében az életesélyek bizonyos években nem hogy nőttek, hanem csökkentek. E jelenség meghatározó oka, a férfiak szignifikánsan magasabb mortalitása 45-60 éves kor között, de általánosan is megfogalmazható, hogy a férfiak halálozási arányai minden korcsoportban meghaladják a nőkéét.

3.1.2 Mortalitási adatok

Magyarországon a legutolsó évtized halálozási viszonyait jelző 13,5-14 ezrelékes szintje mind nemzetközi összehasonlításban, mind a korábbi évtizedek magyar mortalitási adatait tekintve igen kedvezőtlen képet fest. Az utolsó három évtizedben a középkorú magyar népességet ugyanis tragikus egészségromlási és halálozási arányok jellemzik, míg korábban a mutatóink nem voltak rosszabbak több nyugat-európai országnál. A 45-65 éves férfiak halálozási arányai

még 2001-ben is magasabbak voltak, mint az 1930-as években. Ezer azonos korú és nemű lakosra 1999-ben a magyar férfiak halálozási átlaga 16,1, míg az európai átlag 9 volt, a magyar női halálozási átlag 8,9, az európai átlag pedig 5,3. Ugyanebben az évben a hatvannégy éves kor alatt a magyar férfiak halálozási átlaga elérte a 7,3, a nőké a 2,9 ezreléket, míg az európai átlag csak 3 illetve 1,5 ezrelék volt (HungaroStudy 2000).

A halálozások száma jócskán meghaladja az élveszületések számát, a legutóbbi adatok szerint 2002-ben 132 183 halálozás és 97047 élveszületés történt. E trend tartós fennállása miatt a népesség 1981 óta folyamatosan csökken, és a demográfiai előrejelzések az elkövetkező évekre további, 40-45 ezer fő, éves szintű fogyást prognosztizálnak. Az idős lakosság a csökkenő lélekszámú társadalom egyre növekvő rétegét képezi majd, ami jelentős mértékben befolyásolja – többek között - a morbiditási és mortalitási viszonyokat is.

A halált okozó betegségek részarányai jól ismertek: az összes mortalitás 50%-át szív- és érrendszeri betegségek, 25%-át daganatos betegségek okozzák. A halálozások 7%-a származik emésztőszervi, 4%-a légző rendszeri betegségekből, 6%-a pedig erőszakos eredetű. Az öngyilkosságok miatti halálozás csökkenő tendenciája ellenére kétszerese az EU országok átlagának.

A halálokok részarányai az összhálalozásból arról tájékoztatnak bennünket, hogy a halált okozó betegségek egymáshoz viszonyítva milyen súllyal jelennek meg, de nem szólnak azok gyakoriságáról. Más országokkal való összevetések alapján a legszembetűnőbb eredményeket kiemelve a következő megállapításokat tehetjük (Józan 2000):

- Magyarországon a daganatos betegségekből származó mortalitás százezer főre vetítve a világon a legmagasabb gyakoriságok közé tartozik, 2002-ben hazánkban 100 ezer lakosból 336 halt meg daganatos betegség miatt, az EU átlagának hozzávetőleg a másfélszerese.
- A férfiak daganatos halálozásában leggyakoribb, és növekvő arányú a tüdőrák, jelenleg a legmagasabb érték az egész világon. A nők körében az emlőrák az egyik legmagasabb érték nemzetközi összehasonlításban. Mindezekon kívül emelkedő tendenciájú a méhnyakrák, a vastagbél és a végbél rosszindulatú daganata, a prosztatata daganat, az ajak, szájüreg és garat daganata okozta halálozás is.

- A keringési rendszer betegségei okozta halandóság rendkívül magas, csak a Szovjetunió utódállamaiban találhatók a mieinknél magasabb értékek. 2002-ben Magyarországon 100 ezer lakosból 687,1 halt meg keringési rendszerben bekövetkezett betegségben. Az Európai Unióban kevesebb, mint fele ez a szám.
- Az emésztőrendszer betegségeinek tulajdonítható halálozások gyakorisága a világon a második legmagasabb mortalitással jellemzi Magyarországot. Szembetűnő növekedés tapasztalható az elmúlt évtizedekben a krónikus májbetegségek, elsősorban májzsugor okozta halálozásban. 100 ezer lakosra számítva 66 haláleset jut, ami hétszerese az EU átlagnak. A betegség legfontosabb kiváltója a magas alkoholfogyasztás.

A mortalitási viszonyok részletesebb bemutatását azért tartom indokoltnak, mert a halált okozó betegségek mindegyike olyan egészségi problémát jelent, melyek kialakulásában óriási szerepe van az életmódnak, az egészségtudatosság hiányának, másrészt a betegségek korai stádiumban való felismerése jelentős mértékben csökkenthetné a halálozást.

3.1.3 Morbiditási adatok

A mortalitási adatok pontosak, megbízhatók, összehasonlíthatók térben és időben, de csak közvetett módon szolgáltatnak információt az élő népesség egészségi állapotáról, illetve egyáltalán nem informálnak a nem fatális kimenetelű betegségek előfordulásáról, azok következményeiről. Ezért a népesség egészségi állapotára vonatkozó ismeretek bővítésére a morbiditást vizsgáló kutatásokra is szükség van. A morbiditási adatforrásaink egy része az egészségügy, más részük a társadalombiztosítás színtereiről származnak. Így beszámolnak az orvoshoz fordulás gyakoriságáról, a betegségek diagnózisáról vagy a betegség során igénybevett társadalombiztosítási juttatásokról, a táppénzes vagy a keresőképtelen napok számáról. A lakosság morbiditására vonatkozó adatok közül most a háziorvosok morbiditási jelentéseit használom fel, melyeket az Életminőség és egészség című KSH kiadvány összegzett (KSH 2002). Elsősorban azokat a betegségeket említem, amelyek esetében a kockázati elemek számottevően csökkenthetők vagy ha a betegség fennáll, az állapot súlyosbodása, a szövődmények kialakulása elkerülhetők a megfelelő életmód, életvezetés kialakításával.

A háziorvosok nyilvántartásai alapján a magasvérnyomás-betegség gyakorisága kiemelkedően magas, a lakosság mintegy 16%-a szenved ebben a gyakran komoly szövődményekkel járó betegségben.

Az ischaemiás szívbetegségek a magyarországi halálozások meghatározó részét képezik. A betegség már fiatal korban is jelentkezhet, a lakosság körében közel 650 000 embert érint. A betegség rizikótényezői zömében életmódbeli tényezők: egészségtelen táplálkozás, dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, elhízás.

A cukorbeteg száma több, mint 420 000, azaz a lakosság 4-4,2%-át érinti. A betegség előfordulása az életkor előrehaladtával számottevően növekszik, a betegség határozott életmódváltást igényel (diéta, mozgás, testsúlycsökkenés), ennek hiányában fellépő szövődmények jelentős terhet jelentenek a betegnek és az egészségügynek egyaránt.

A mozgásszervi betegségek jelentőségét az fokozza, hogy a panaszok nagymértékben korlátozhatják a megszokott életvitelt, a munkavégzést és olykor akadályai az önellátásnak. Ennek következtében nem ritka, hogy ez a betegségcsoport az oka a keresőképtelenség kialakulásának, ezért a megelőzés illetve a betegségi állapot karbantartása kiemelkedően fontos feladat. A betegség előfordulási gyakorisága a háziorvosi adatok alapján közelítőleg 680 000 beteg.

A tüdőasztma a leggyakoribb idült légzőszervi betegség, jellegzetessége, hogy minden korosztályt egyaránt érint. A háziorvosok kb. 140 000 asztmás beteget tartanak nyilván. Ugyancsak gyakori egészségi probléma az idült alsó légúti megbetegedések, melyeknek legfőbb kiváltó oka a dohányzás.

Végül megemlítem az emésztőrendszer betegségei közül a gyomor- és nyombélfekélyt, valamint a májbetegségeket. Előbbiek a 19 évnél idősebb korosztály 3%-át érintik, súlyosságát a halált okozó szövődmények jelzik. A májbetegségek kialakulása szoros kapcsolatot mutat a mértéktelen alkoholfogyasztással, a morbiditási adatok a betegség nagyarányú elterjedtségére utalnak. 2000-ben a 35-64 évesek halálozási okai közt férfiak és nők körében a második leggyakoribb halállokként szerepelt. E betegség a 19 év feletti férfiak 3%-át, a nők 1%-át érinti (KSH, 2002).

Az egészségügyből származó morbiditási adatok nyilvánvaló előnyei, hogy a megjelenési vagy igénybevételi alkalmakat, azok gyakoriságát, a páciens demográfiai jellemzőit pontosan

rögzítik, könnyen összesíthető és összehasonlítható adatsorokat ad, a kapott diagnózis megbízható, hiszen maguk az orvosok minősítenek. E vizsgálati módszer eredményei azonban alapvetően függenek a betegmagatartástól, mivel az orvoshoz fordulást önmagában nemcsak a betegségi tünetek észlelése eredményezi, hanem jó néhány pszichés és szociális tényező. Ennek következtében az orvosi ellátásban megjelentek adatai nem jelentik a betegek teljes körét, sőt előfordulhat az is, hogy a megjelentek közt van olyan is, aki ténylegesen nem egészségi probléma miatt keresi fel orvosát.

3.1.4 Szubjektív önértékelő egészségi állapot vizsgálatok

Vitathatatlan tehát, hogy az egészségügyi statisztika által szolgáltatott mortalitási és morbiditási adatok, információk szükségesek a magyar népesség egészségi állapotának jellemzéséhez, de mégsem elegendőek. Hiszen - többek közt - nem tudnak beszámolni arról, hogy az emberek számára az egészségben maradás illetve az egészségi állapot romlása milyen biológiai, pszichés és szociális folyamatok közt zajlik, a betegek hogyan élik meg betegségüket, ezek mennyiben jelentenek tevékenységkorlátozottságot a mindennapi életükben. Az egészségi állapot laikus beszámolókra épített szubjektív önértékelő vizsgálatok ezekre a kérdésekre kívánnak választ adni. A teljesség igénye nélkül, csak az utóbbi évek legjelentősebb kutatásait említem, amelyek a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotáról az előbb említett módszerrel szolgáltatottak információkat:

- a Soros Alapítvány által támogatott és a TÁRKI által végrehajtott "Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról" című egészségi állapot felmérés 1997-ben (N=4038);
- a Központi Statisztikai Hivatal 1999-2000-ben végzett Életmód-időmérleg felvétele (N=11000);
- az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000-ben (N=7000);
- az ÁNTSZ Egészségfejlesztési Kutató Intézete által lebonyolított roma felnőtt népesség egészségi állapotának vizsgálata 2001-ben (N=1200);
- a HungaroStudy 2002 lakossági egészségfelmérés 2002-ben (N=12630).

A vizsgálatok mindegyike széleskörűen mutatta be a felnőtt lakosság egészségi állapotát az önértékelésen, a testi és lelki betegségi állapoton, a betegségek miatti tevékenységkorlátozottságon, a gyógyszereszedési szokásokon keresztül. Részletes vizsgálat alá vetették az emberek egészség- és betegségmagatartását, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét és az ezzel való elégedettségi szintet is kapcsolatot keresve a fennálló szocio-demográfiai tényezőkkel. A kutatások fontosabb megállapításait az egészségi állapottal és az egészségmagatartással kapcsolatban röviden az alábbiakban foglalhatjuk össze:

- A felnőtt lakosság 17%-a gondolta, hogy egészsége rossz vagy nagyon rossz, 43% minősítette jónak vagy kiválónak és 40% elfogadhatónak. Az egyes életkori csoportokban, a nemek közt és az iskolai végzettség szerint a már ismert szignifikáns eltéréseket tapasztalták.
- Az egészség problémái miatt tartósan korlátozott volt a társadalmi életben való részvételben a felnőtt magyar lakosság több mint 20%-a, a középkorú felnőttek negyede, az idősek majd fele.
- A nők 40%-a, míg a férfiak 32%-a szenved keringési betegségben. Cukorbetegség minden tizenharmadik nőnél (7,5%) és minden tizenhatodik férfinál (6,2%) fordult elő. Asztmát vagy allergiás betegséget minden ötödik nő (18,2%) és minden nyolcadik férfi (12,4%) említett. A nők közel kétharmada (63,8%), a férfiak majd fele (49,1%) panaszkodott nyaki-, háti- vagy deréktáji fájdalomra: a nők 35,2%-a és a férfiak 23,1%-a panaszkodott ebben a betegségcsoportban súlyosabb fájdalomra.
- Az OLEF felmérés eredményei szerint minden hatodik nő és minden tizenegyedik férfi olyan lelki egészségproblémákkal küzd, amely funkcionális-csökkenést jelentett a számára. A HungaroStudyban Magyarországon enyhe depressziós tünetekről (olyanoktól amelyek még nem érik el a klinikai értelemben vett depressziót, de már életminőség romlást okozhatnak) 1988-ban a 16 év feletti népesség 24%-a számolt be, 1995-ben 31%, 2002-ben pedig 27,3%. Közepesen súlyos vagy súlyos, tehát klinikai kezelést igénylő depressziós tünetekről 1988-ban a megkérdezettek 7,5%-a, 1995-ben a megkérdezettek 13,5%-a, 2002-ben pedig a megkérdezettek 12,9%-a panaszkodott. A súlyos, mindenképpen mielőbbi kezelést igénylő esetek száma 1988-ban 2,9% volt, 1995-ben 7,1%, a HungaroStudyban pedig 7,3% volt.

- Magyarországon a nők 23 %-a, a férfiak 38 %-a dohányzik napi rendszerességgel.
- A vizsgálatok alapján a nők több mint egyharmada (36,7%) soha nem iszik szeszesített, ugyanakkor ezt csupán minden tizedik férfi (10,2%) állítja magáról. Ritkán fogyaszt alkoholt a nők több, mint harmada (37,2%) és a férfiak negyede (24,9%). A nők ötöde (20,9%), a férfiak majd fele (45,5%) mértékletesen fogyasztott alkoholt. Nagyívónak a nők 5,2%-a, a férfiak 19,4%-a tekinthető.
- Az önbevalláson alapuló eredmények szerint a lakosság fele túlsúlyos vagy elhízott (32,8% illetve 19,5%). A nők 27,9%-a volt túlsúlyos és 20,4%-a elhízott, ugyanezek az arányok férfiaknál 38,3%, illetve 18,4%. A nők 14,2%-a, a férfiak 5,7%-a sovány.

Érdeemes részben külön kezelünk a magyarországi roma lakosság egészségi állapotát, hiszen körükben többszörösen hátrányos helyzetükből adódóan halmozottan fordulnak elő az egészségi problémák (Csoboth, Puebl, Gyukits, Ürmös 2000; Neményi 2000; Lampek és mtsai 2002; Lampek, Töröcsik 2003).

- A cigányság körében végzett kutatások alátámasztani látszanak, hogy a romák egészségi állapota kedvezőtlenebb a nem romákhoz viszonyítva. Bár a vizsgálatok szerint 34%-uknak nincs krónikus betegsége, a betegségek hiánya leginkább a 40 év alattiakra jellemző, 40 év felett az egészségi problémák számottevő növekedését tapasztalhatjuk.
- A cigány válaszadók közül minden negyedik, az országos lakossági felmérésben minden hatodik értékelte „rossz”-nak egészségi állapotát. Magasabb körökben a krónikus megbetegedések előfordulása, magasabb a csecsemőhalandóság, születéskor várható élettartamuk 9-10 évvel kevesebb az országos átlagnál.
- Az idő előtti halálozás magas arányára enged következtetni, hogy a 19-49 éves korosztály mortalitási rátája 14 ezrelék.
- A leggyakoribb halálokok a szív- és érrendszeri, valamint a májbetegségek. A nőknél gyakori még az agyérbetegségek miatti halálozás, a férfiaknál pedig a légső, hörgők, tüdő rosszindulatú daganata következtében történő morbiditás.

- A roma népesség körében a háziorvosi nyilvántartások szerint a romák 26%-a szív- és érrendszeri, 22%-a légzőszervi, 13%-a emésztőszervi, 12%-a mozgásszervi betegségben szenved.
- A romák által megnevezett betegségek közül a szívbetegségek (36,7%) és a mozgásszervi betegségek (28,8) előfordulási gyakorisága a legmagasabb valamint a tápcsatorna (15,2%) és a légzőszervek (11%) betegségei. A depressziós tünetegyüttes prevalenciája a rövidített Beck-skála alapján katasztrofális méreteket öltött, a depressziós tünetegyüttes valamely fokozata a romák 75%-át érinti.
- A fogászati egészségi problémák gyakorisága elenyésző a megkérdezések alapján, ugyanakkor a romák fogazata rendkívül hiányos a gyakori foghúzások és a meglehetősen ritka fogpótlások következtében.
- A tartós egészségkárosodások előfordulása jelentősen nem magasabb, mint más kutatásokban, de ezek korrigálására szolgáló gyógyászati segédeszközök igénybevételét jelentős mértékben akadályozzák az anyagi erőforrások hiánya. A megkérdezettek 14%-a rokkant, szemben a teljes népesség 6,5%-os arányával.
- A romák 35%-a jogosult közgyógyellátásra. Ez az arány feltűnően magas a társadalmi adatokhoz képest, hiszen Magyarországon a felnőtt népességnek mindössze 3,5%-a juthat hozzá gyógyszereihez a közgyógyellátáson keresztül.
- Az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők összekapcsolódva, egymást erősítő módon jelennek meg a romák körében, kialakítva és fenntartva az egészségtelen életmódot. A romák 63%-a dohányzik naponta, a nők 61, a férfiak 68%-a. A különbség nem a nemek közt, hanem az elszívott mennyiségben van, a nők kevesebbet, a férfiak jelentősen többet dohányoznak.
- Kutatási eredmények azt jelzik, hogy a romák körében a soványság feltűnően magas arányú. Az országos lakossági minta eredményeivel összehasonlítva a roma nők soványsága másfélszeres, a férfiaké kétszeres. A felmérés szerint a táplálkozási problémák között a túlsúly is szerepel, bár alacsonyabb arányban, mint az országos kutatásban: a nők 17% - 17%-a túlsúlyos és elhízott, ugyanezek az arányok a férfiaknál 23 és 21%.

4 KUTATÁSI CÉLOK

A magyarországi egészségyszociológiai vizsgálatok eredményeinek rövid összegzése után rátérek a PhD. dolgozatom alapjául szolgáló Baranya megyében zajló, 15 éves követéses lakossági vizsgálat bemutatására.

PhD. dolgozatomban a Ross és Wu által kidolgozott ún. „három utas” modellt kívánom alkalmazni, magyarországi feltételek között tesztelni a másfél évtizedes követéses vizsgálat eredményeinek segítségével¹.

A kutatás fő célja, hogy egy baranya megyei 1988/89-ben 20-59 éves reprezentatív lakossági mintán elkezdett és 15 év alatt további két alkalommal lebonyolított követéses vizsgálattal nyert adatok alapján megállapítsa, vajon az iskolai végzettségnek az egészségi állapotra gyakorolt hatását milyen faktorcsoportok közvetítik. Ezek a faktorok – a demográfiai tényezők kontrollja mellett - valóban oksági jellegűek-e hazai viszonyaink között, és ha igen, akkor e tényezőknek együttesen és külön-külön milyen szerepe van az egészségi állapot változásának alakításában.

Fel kívánom tární e faktorcsoportok közötti kölcsönhatásokat is. Nevezetesen azt, hogy összefüggtek-e és milyen mértékben az alapvizsgálat időpontjában, és hogyan módosultak a végbement társadalmi-gazdasági változások hatására, és ennek eredményeképp mennyiben igazolható multiplikatív szerepük az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek elmélyítésében. Egyúttal szeretnék bepillantást adni abba az iskolai végzettséghez kapcsolódó, azáltal gyakran döntően megszabott társadalmi egyenlőtlenségi rendszerbe, mely ezekben az években az embereket nemcsak a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus szempontjából hozta többszörösen előnyös vagy hátrányos helyzetbe, hanem éppen ezek közvetítésével egészségüket illetően is.

Konkrét képet kaphattunk arról is, hogyan változott az utóbbi közel másfél évtizedben az általános egészségi állapot megítélése, az egészségi ok miatti tartós tevékenység-korlátozottságok rajzolata, és különösen a morbiditási struktúra. Markánsabbá váltak-e az

¹ 1994 és 1996-ban a volt szocialista országok egyikében, Csehországban kísérelték meg a modell érvényességét megvizsgálni és a modell által leírt összefüggéseket igazolni.(Hraba, Lorenz, Pechačová és Liu 1998).

iskolai végzettség különböző fokaihoz kapcsolódó eltérő munka- és anyagi körülmények, pszichoszociális erőforrások és életstílus jellemzők mentén a fatális és nem fatális betegségek megoszlása az alapvizsgálathoz viszonyítva? Ennek ismeretében árnyaltabbá válhat a halandóság romlásához, az idő előtti halálozáshoz vezető folyamatokról és tényezőkről alkotott kép.

Választ keresek azokra a kérdésekre is, hogy kik, mikor, milyen betegségek következtében haltak meg a követés időszaka alatt, és a mortalitás rizikói mennyiben voltak előrejelezhetők az alapvizsgálatban az egészségi állapotról és az azt alakító tényezőkről kapott adatok alapján.

Egyes krónikus betegségek és a mortalitás előrejelzésében az általános egészségi állapot önmegítélésének igen jelentős prediktív ereje van. (Idler és Kasl 1991; Idler és Benyamini 1997). A kutatás közvetlen célja az is, hogy ezt az állítást magyarországi viszonyok között ellenőrizzük, illetve részletesebben megvizsgáljuk, hogy az egészség önértékelésének prediktív ereje hogyan módosul, ha más tényezők hatásait (mint pl. az életkor, az iskolai végzettség, vagy bizonyos krónikus betegségek előfordulása) kiszűrjük, leválasztjuk.

Vizsgálatomnak célja továbbá - a korrekt egészségszociológiai ismeretek megszerzésén túl - a hasonló jellegű vizsgálatok módszertani tárházának és a többváltozós matematikai-statisztikai modellek alkalmazási lehetőségeinek bővítése is.

A lakosság életkörülményeinek és egészségi állapotának 15 éves követése megkülönböztetett jelentőséggel bír, mivel ez a periódus egybeesett a magyarországi társadalmi-gazdasági és politikai rendszerváltozás első másfél évtizedével. Az ebben az időszakban végbement társadalmi-gazdasági folyamatok makro- és mikrokörnyezeti hatásai átrendezték az emberek életfeltételeit (a munka- és anyagi körülményeket), társadalmi kapcsolatait (az ezekből adódó erőforrásokat és észlelésüket, a szociális támogatást és az életirányítási képesség értékelését) és az egészséges életstílus folytatásának lehetőségeit is. Mindezek feltehetően differenciáltan, és az 1988/89-es alapvizsgálatban tapasztalhatóhoz képest eltérő módon is befolyásolhatták az egészségi állapot alakulását. A szocio-demográfiai, a pszichoszociális, az életstílus tényezők és az egészség kapcsolatának finomabb elemzésére - a kauzalitással kapcsolatos módszertani megfontolások mellett - tehát ebből a szempontból is a lakossági minta utánvizsgálata, követése adhatja a legmegbízhatóbb ismereteket.

A kutatás az MTA, az ETT, az OTKA és a Soros Alapítvány támogatásával készült.

5 HIPOTÉZISEK

A kutatás fő hipotézise, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot között megfigyelhető kapcsolat ún. közvetítő láncszemekben - a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus faktorcsoportokon - keresztül érvényesül. E hipotézis feltételezi, hogy a faktorcsoportok összefüggnek az iskolai végzettséggel és az egészségi állapottal is, a kapcsolat azonos irányú, ezért e változócsoporthoz mintegy közvetítik, magyarázzák az iskolai végzettség és az egészség közötti összefüggést. Ez utóbbit akkor tekinthetjük bizonyítottnak, ha az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti pozitív kapcsolatot jelentősen gyengíti az egészségi állapotra - feltételezésem szerint - ugyancsak ható közvetítő tényezők hatása.

Feltételezem, hogy a lakosság általános egészségi állapota a 15 évvel ezelőttihez képest lényegesen rosszabb, ami az egészség önértékelésében, az egészségi állapot miatti tartós tevékenységhorogkorlátozottságok és az időlt betegségek számának emelkedésében is kimutatható lesz. A romlás mértéke vélhetően nem azonos a különböző társadalmi státuszú csoportokban, vagyis az egészségromlás nem csak az idősödés folyamatának tudható be.

Bizonyításra szorul, hogy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők többsége is megváltozott, illetve a változások mértéke és iránya az egyes társadalmi csoportokban nagymértékben különbözik. E folyamat növelte a társadalmi egyenlőtlenség mértékét, és ennek következményeként az egészségi állapot egyenlőtlenségei kifejezettebbé váltak, azaz a hátrányosabb helyzetűek egészségi állapota nagyobb mértékben romlott.

Igazolni kívánom, hogy az 1988/89-es adatokból számított regressziós modellek és a változók közötti összefüggés-láncolat jelenleg is érvényes, de a kapcsolatok erőssége, a magyarázó változók súlya módosult. Ezt a hipotézist arra a feltevésre alapozom, hogy az elmúlt 15 évben bekövetkezett társadalmi-gazdasági változások következtében az egyes magyarázó tényezők tartalma vagy értelmezése módosult, s ezért jelentőségük az egészségi állapotra már nem ugyanaz, mint a korábbi vizsgálatban.

A túlélési adatokon keresztül igazolni kívánom, hogy az egészségi állapot önértékelése jól előrejelzi az egészségi állapot alakulását, továbbá a halálozás korábbi bekövetkeztét.

6 A KUTATÁS MÓDSZERE

A 2003. évi 15 éves követéses vizsgálat fő módszerei az alábbiakban foglalhatók össze:

- Kérdőíves interjúk készítése a célcsoportok élő és elérhető tagjaival.
- A halálozási dokumentumok elemzése.
- Interjúk készítése az elhunytak hozzátartozóival (esettanulmányok), bár ez a dolgozatban még nem kerül feldolgozásra.
- Az országos és a Baranya megyei halálozási statisztikák másodelemzése összehasonlítási lehetőséget teremtve a saját kutatáshoz.

A kérdőív fő részei:

- Az általános egészségi állapot (önértékelés, betegségek)
- Az idült állapotok és tartós tevékenységkorlátozottságok
- Az egészséggel kapcsolatos tevékenységek és az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége
- Az egészségi ismeretek és attitűdök
- Élethelyzet, életérzés és életesemények
- Az egészséggel kapcsolatos szokások
- A munka és foglalkoztatottság, anyagi körülmények
- A szocio-demográfiai jellemzők
- A kérdező megfigyelései

6.1 Független és függő változók

6.1.1 Az iskolai végzettség és a demográfiai-társadalmi jellemzők mérése

Az *iskolai végzettséget* a befejezett iskolai osztályok számával mértük, így a kódok 0-18-ig terjedtek, ahol a 0 jelenti a legmagasabb, a 18 pedig a legalacsonyabb iskolai végzettséget. Az elvégzett iskolai osztályok alapján alakítottuk ki az iskolai végzettség három kategóriáját:

alacsony (8 osztály vagy kevesebb); közepes (9-11 osztály); magas (érettségi vagy több). A *nem* kódjai nő=0; férfi=1. Az *életkort* a betöltött életévek számával mértük. A *családi állapotot* dummy változóvá alakítottuk, melynek kódjai: házas, élettársal él=1; egyedül él (nőtlen, hajadon), elvált, özvegy, különél=0.

6.1.2 A munka és az anyagi körülmények mérése

A *foglalkoztatottsági státuszt* három kategorikus változóval mértük: jelenleg foglalkoztatott; jelenleg nem foglalkoztatott (munkanélküli, nyugdíjas, eltartott); egészségi ok miatt nem tud dolgozni (rokkant). A foglalkoztatottsági státusz az adott csoportba való tartozás esetén 1, egyébként 0 értéket kapott. A *háztartás 1 főre jutó átlagos havi jövedelmének* mérésére 8 kategóriát alakítottunk ki, melyek 2 000 Ft vagy kevesebbtől (kód=8), 1500 Ft-tal növekedve 11 000 Ft vagy ennél magasabb jövedelmi kategóriáig (kód=1), terjedtek az első vizsgálat alkalmával. Figyelembe véve, hogy a 15 év alatt a jövedelmek abszolút összege és az infláció mértéke jelentősen növekedett 2003-ban a háztartás átlagos havi 1 főre jutó jövedelmét bemutató kategóriák 20.000 Ft vagy kevesebbtől (kód=8) 65.000 Ft vagy magasabb (kód=1) jövedelmi kategóriáig 8 azonos arányú csoportként alakultak ki. Az *anyagi nehézségeket* más életproblémák mérését célzó kérdésblokk részeként a „Mekkora problémát jelentenek Önnek (családjának) az anyagi gondok”? kérdéssel vizsgáltuk. A válaszlehetőségek: semmit=1; kicsit=2; bizonyos fokú=3; nagyot=4.

6.1.3 A pszichoszociális erőforrások mérése

Az *életirányítási képességet* három állítással vizsgáltuk: a) Gyakran magamra hagyatottnak érzem magam, amikor az élet problémáival kerülök szembe. b) Szinte mindent meg tudok tenni, amit komolyan elhatározok. c) Sok olyan fontos dolog van az életemben, amiken csak kis mértékben vagyok képes változtatni. A válaszlehetőségek mindhárom kérdésre a következők voltak: nagyon egyetért=1; egyetért=2; nem tudja eldönteni=3; nem ért egyet=4; egyáltalán nem ért egyet=5. A válaszokból képzett index 3-15-ig terjedt, ahol az alacsonyabb pontszám jelentette a jobb életirányítási képességet. A *szociális támogatás* észlelt mértékét szintén három kérdéssel vizsgáltuk: a) „Hány igazán jó barátja van Önnek?” Kódok: ha nincs=1; ha legalább egy van=0. b) „Ha annyira idegesítené valami, hogy éjjel is felébredne és

szüksége lenne valakire, hogy személyesen beszéljen vele, lenne-e otthoni környezetében valaki, akivel meg tudná ezt beszélni?” Kódok: igen=0; nem=1. c) „Vannak-e a háztartáson (családon) kívül valakik, akik annyira közel állnak Önhöz, hogy még éjjel is felébreszthetné őket, ha valamilyen problémája lenne?” Kódok: igen=0; nem=1. A válaszokból kialakított index 0-3-ig terjedt, ahol az alacsonyabb pontérték jelentette a jobb szociális támogatást.

6.1.4 Az egészséges életstílus mérése.

A *testedzést* mérő kérdés: „Egy átlagos héten körülbelül hány órát tölt sportolással, fizikailag fárasztó testedző tevékenységgel, pl. kocogás, futás, tenisz, más labdajátékok, torna, erőteljes úszás, természetjárás, kerékpározás, hasonló?” Kódok: semmit=5; egy órát vagy kevesebbet=4; két-három órát=3; négy-öt órát=2; hat-tíz órát=1; tíz óránál többet=0. A *dohányzást* három kategóriával kódoltuk: 0= soha nem dohányzott; 1=abbahagyta; 2=dohányzik jelenleg. Az *alkoholfogyasztást* mérő kérdés: Milyen gyakran szokott fogyasztani szeszes italt? A válaszkategóriák a napi 3 vagy több alkalomtól a soha nem fogyaszt alkoholt válaszlehetőségig terjedtek. Ebből öt ivási gyakorisági kategóriát képeztünk: nem iszik szeszes italt; ritkán iszik; mértékletesen iszik; gyakran iszik; nagyon gyakran iszik. Az alkoholfogyasztás mutatója az adott csoportba való tartozás esetén 1, az összes többi esetben 0 értéket kapott. Az önkizsákmányoló életmód, a testi-lelki *kimerültség* előfordulásának gyakoriságát mérő kérdés: „Milyen gyakran érzi azt, hogy teljesen kimerült (elfáradt), amikor befejezte munkáját vagy otthoni, háztartási feladatait?” Kódok: soha=1; nagyon ritkán=2; néha=3; gyakran=4; minden nap=5. A *testsúlyt* mérő kérdés: A testsúly jellemzésére a BMI indexet használjuk, melyet az ismert képlet alapján számítottunk ki a testmagasságból és a testsúlyból [$\text{Testtömeg index (BMI)} = \text{testtömeg} / \text{testmagasság}^2$]. Négy testsúly kategóriát képeztünk: normál, sovány, túlsúlyos, kövér. A testsúly mutatója az adott csoportba való tartozás esetén 1, az összes többi esetben 0 értéket kapott. Az *egészségi állapot ellenőrzését* egy kérdéssel vizsgáltuk: „Mennyi ideje volt orvosnál csak azért, hogy ellenőriztesse egészségi állapotát (amikor nem volt beteg)?” Válaszkategóriák: soha=1; több mint két éve=2; egy-két éve=3; kevesebb mint egy éve=4.

6.1.5 Az egészségi állapot mérése.

Az egészségi állapotot mérő számos változó közül a dolgozatban négyet emelek ki, az *egészségi állapot önértékelését*,² az egészségi problémák okozta *tartós tevékenységkorlátozottságot*, és hogy a válaszadónak vannak-e *idült betegségei* és hány, illetve köztük milyen mértékben fordulnak elő *fatális kimenetellel fenyegető idült betegségek*, illetve nem fatálisak. Az egészségi állapot *önértékelését* egy direkt kérdéssel vizsgáltuk: Ön szerint általában egészsége kiváló, jó, megfelelő vagy rossz? A válaszkódok: kiváló=1; jó=2; megfelelő=3; rossz=4. Az egészségi ok miatti *tartós tevékenységkorlátozottságot* a szociális és fizikai tevékenységekben hét állításból álló skálán mértük, melyek a munkatevékenység mennyiségét és minőségét, a háztartási-, ház körüli munkát, a szabadidős tevékenységeket, a fizikai mozgás fő dimenzióit és az önellátásra való képességet fejezték ki. Ezekre az állításokra adott válaszokból 0-7 pontos indexet alakítottunk ki, ahol a 0=nincs korlátozottsága, a 7 pont minden tevékenységben korlátozottságot jelentett. Az idült betegségek egyik mutatója előfordulásuk száma, a másik a jellegük (fatális – nem fatális) voltak.

2 Az egészségi állapot önértékelése az egyik leggyakrabban használt mérési módszer az egészségpszichológiai vizsgálatokban. Szinte nincs olyan kutatás, melyben ne szerepelne a kérdés: „Hogyan jellemezné egészségi állapotát általában? Mondhatja-e, hogy egészségi állapota általában kitűnő, jó, megfelelő vagy rossz”? Az egészségi státusz ilyen mérésének két fő oka van: a mérést nem szűkíti le az egészség valamely specifikus dimenziójára, átfogó képet ad az egészségi állapotról, ahogy azt az emberek észlelik - s ki lenne illetékesebb az efféle értékelésre, mint éppen a megkérdezett személy -, másfelől összegzetten méri azokat az ismereteket is, melyekkel az emberek saját egészségükről rendelkeznek (Ware 1986).

Az egészségi állapot önértékelését gyakran kritizálják szubjektivitása és megbízhatatlansága miatt. Ám éppen szubjektivitása jelenti az előnyét, mivel az egészség más mérési módokkal nem befogható személyes értékelését tükrözi. Kétségtelen az is, hogy az általános egészségnek ez a mutatója megbízható és reprodukálható, szorosan korrelál az „objektívebb” mutatókkal, mint például az orvosi értékelésekkel. (Maddox és Douglas 1973; Mossey és Shapiro 1982). Valójában az egészség általános mutatója, az önértékelés éppoly valid lehet, mint az orvosok végezte értékelés. Ki kell emelnünk azt a kutatási eredményt is, hogy az egészségi állapot önértékelése a mortalitás erősebb prediktora, mint az orvosi értékelés; csak az életkor mutatkozik nála erősebbnek. Az egészség önértékelésének prediktív ereje még akkor is jelentős marad, ha az egészségi státusz más mutatóival kontrolláljuk. (Idler, Kasl és Lemke 1990; Idler és Kasl 1991; Idler és Benyamini 1997).

7 ELEMZÉSI STRATÉGIA

A feldolgozás során először ellenőriznem kellett, egyrészt, hogy a vizsgált célcsoportokban valóban van-e hatása az iskolai végzettségnek az egészségre; másrészt, hogy a demográfiai tényezők kizárása után is a munka és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus változócsoporthoz összefüggnek-e az iskolai végzettséggel. Ennek érdekében megvizsgáltam, van-e szignifikáns eltérés az egyes változók átlagaiban az iskolai végzettség három szintjének megfelelő (8 általánost vagy kevesebbet, 9-11 osztályt végzett, illetve legalább érettségizett) kategóriái között. Ezután ellenőriztem, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti kapcsolatért mennyiben tehetők „felelőssé” a fenti változócsoporthoz.

A kutatás fő hipotézisének megválaszolására többszörös lépésenkénti lineáris regresszió elemzést végeztem, amelynek során a magyarázó változócsoporthoz az elméleti modellnek megfelelő sorrendben vittem be. Először csupán az iskolai végzettséget, a nemet, az életkort és a családi állapotot szerepeltettem a modellben (*1. modell*), majd a munka és anyagi körülményeket, beleértve a foglalkoztatottsági státuszt, a háztartási jövedelmet, az anyagi gondokat (*2. modell*). Az előbbieket kibővítettem a pszichoszociális erőforrásokat mérő változókkal: az életirányítási képességgel, a szociális támogatottsággal (*3. modell*), végül a 4. egyenletben már az életstílus változói is szerepeltek: a testedzés, a dohányzás, az alkoholfogyasztás³, a kimerültség, a testsúly és az egészségi állapot ellenőriztetése (*4. modell*). A modellépítés mindegyik lépésében megvizsgáltam az újonnan bevitt változók, illetve változócsoporthoz hatását az egészségi állapotra, és azt, hogy az egészség és az iskolai végzettség közötti kapcsolat regressziós együtthatója milyen mértékben csökkent a változók modellben való szerepeltetésének hatására, azaz a változóknak milyen jelentősége van az összefüggés magyarázatában.

Az egészségi állapot változását – a követett teljes mintában valamint annak a nem, az életkor és iskolai végzettség szerint homogén alcsoportjaiban – a felsorolt változók két időpontbeli

³ Az egyes ivási gyakoriságokat minden esetben a mértékletes alkoholfogyasztáshoz viszonyítottam az alábbiak szerint:

Nem iszik:	szinte soha nem iszik szeszes italt=1; mértékletesen=-1; egyébként=0
Ritkán iszik:	ritkán iszik szeszes italt=1; mértékletesen=-1; egyébként=0
Gyakran isz.:	gyakran iszik szeszes italt=1; mértékletesen=-1; egyébként=0
Nagyon gyak.:	nagyon gyakran iszik szeszes italt=1; mértékletesen=-1; egyébként=0

értékének különbségével jellemzem. A különbségek szignifikanciáját az önkontrollós t-tesztel, illetve (ahol az eloszlások nem követték a normál eloszlást) a nem-paraméteres Wilcoxon-próbával vizsgáltam.

A Ross és Wu modell érvényességét, stacionaritását a követettek mintáján három keresztmetszeti vizsgálat (az 1988/89-es, az 1997/98-as, illetve a 2003-as) adatai alapján teszteltem. Ugyanazokat a változócsoportokat és ugyanolyan sorrendben vittem be a regressziós modellegyenletekbe, majd összehasonlítottam a változók szignifikanciáját, a parciális regressziós, illetve a többszörös determinációs együtthatókat.

A változást befolyásoló tényezők hatását a többszörös lineáris regresszió analízis módszerével elemeztem, amelynek során a függő változó az egészségi állapot indikátorok két időpontbeli különbségének felel meg, vagyis az egészség önértékelésének és a tevékenység-korlátozottságok számának változását jelenti 1988/89-ről 2003-ra.

Végül a tizenöt évvel ezelőtti modellel „jósolt” és a ténylegesen „mért” egészségi állapot összehasonlításával arra kerestem választ, hogy a modell mennyiben képes előrejelezni az egészségi állapotban bekövetkező változásokat

Ahhoz, hogy a baranyai kutatás eredményeit még pontosabban értékelhessem, az adatok statisztikai megbízhatóságát alátámasszam, szükséges volt áttekinteni, hogyan alakult a halálozás országos illetve megyei szinten az vizsgált korcsoportokban. Ehhez a Demográfiai Évkönyvekből és a Baranya megyei Népszégnyelvántartó Hivatal fellelhető adatbázisaiból végeztem szekunder elemzést.

A halálozási valószínűségek időbeli változását - különböző prediktor változók függvényében - a kumulatív túlélést ábrázoló grafikonokkal mutatom be. A halálozást befolyásoló demográfiai és pszichoszociális tényezők együttes és parciális hatásainak feltárására a Kaplan-Meier féle túlélésanalízist, a Cox-féle többszörös regresszióanalízist és a logisztikus regresszióanalízis módszereit alkalmaztam.

8 SAJÁT KUTATÁS EREDMÉNYEI

8.1 A minta

Az alapvizsgálatot a 20-59 éves, Baranya megyei állandó lakosság körében, többlépcsős kiválasztással nyert véletlen mintán végeztük el 1988-1989-ben, majd az eredeti adatfelvételt csaknem pontosan megismételtük 10 és 15 év múlva. A célcsoportok 1988/89 ben a következők voltak: a produktív életkorú pécsi, mohácsi és siklósi, valamint az utóbbi városok egészségügyi vonzáskörzetébe tartozó orvosi székhelyközségi és társközségi lakosok⁴.

A válaszadókkal való többszöri találkozással teljesített interjúk száma 1988/89-ben 3408, 1997/98-ban 2357, 2003-ban 2078 volt. Az 1. és 2. táblázat a kiindulási minta és a legutóbbi vizsgálat életkor és nem szerinti megoszlását tartalmazza.

1. táblázat

A vizsgált minták kor megoszlása településtípusonként és nemek szerint
(Baranya megyei vizsgálat, 1988/89)

Lakóhely	Nem	Életkor				Összesen	
		20-29	30-39	40-49	50-59	%	N
		éves					
Pécs	Férfi	29,1	26,8	25,8	18,3	100,0	N= 810
	Nő	28,9	28,2	23,8	19,1	100,0	N= 871
	Együtt	29,0	27,5	24,8	18,7	100,0	N=1681
Vidéki városok (Mohács+Siklós)	Férfi	28,9	25,6	24,6	20,9	100,0	N= 301
	Nő	24,5	35,1	20,9	19,5	100,0	N= 339
	Együtt	26,6	30,6	22,6	20,2	100,0	N= 640
Székhely-községek együtt	Férfi	25,0	25,7	22,3	27,0	100,0	N= 300
	Nő	26,2	25,3	25,9	22,6	100,0	N= 305
	Együtt	25,6	25,5	24,1	24,8	100,0	N= 605
Társközségek együtt	Férfi	29,0	28,6	22,7	19,7	100,0	N= 238
	Nő	26,7	25,0	21,7	26,6	100,0	N= 244
	Együtt	27,8	26,8	22,2	23,2	100,0	N= 482
Mindösszesen	Férfi	28,3	26,6	24,5	20,6	100,0	N=1649
	Nő	27,3	28,6	23,3	20,8	100,0	N=1759
	Együtt	27,8	27,6	23,9	20,7	100,0	N=3408

⁴ A minták ebben a sorrendben humánökológiai ismérvek alapján egyfajta települési lejtőt jelentenek. Pécs Magyarországon viszonylag nagyváros, Mohács és Siklós kisvárosoknak tekinthetők. A mohácsi és a siklósi térségben meglehetősen eltérő társadalmi-gazdasági adottságú községek találhatók. A különbségek elsősorban társközségek között vannak. A siklósi terület társközségei jórészt az Ormánság legelmaradottabb, alacsony lélekszámú, kevert etnikumú (magyar, cigány) falvaiból tevődnek össze. Ezzel szemben a mohácsi régió társközségei tradicionálisan magasabb fejlettségű szintűek. Itt is jellemző a kevert nemzetiségű összetétel, de az elsősorban a magyar és a német, Mohácsra a magyar, a német és a délszláv kultúrák a jellemzők. Pécs minden szempontból a legheterogénebb. Itt már jelentős a szegregáció. Az egyes városrészek jól elkülöníthetők az elit lakta területektől a többszörösen hátrányos helyzetűek lakta városrészekig húzódó skálán.

2. táblázat

A vizsgált minták kormegoszlása településtípusonként és nemek szerint
(Baranya megyei vizsgálat, 2003)

Lakóhely	Nem	Életkor (88/89-ben)				Összesen	
		20-29	30-39	40-49	50-59	%	N
		éves					
Pécs	Férfi	27,2	26,5	27,7	18,7	100,0	N= 412
	Nő	27,1	30,3	24,6	18,0	100,0	N= 521
	Együtt	27,1	28,6	25,9	18,3	100,0	N= 933
Vidéki városok (Mohács+Siklós)	Férfi	33,3	22,2	24,4	20,0	100,0	N= 180
	Nő	25,0	36,6	20,7	17,7	100,0	N= 232
	Együtt	28,6	30,3	22,3	18,7	100,0	N= 412
Székhely-községek együtt	Férfi	25,7	27,2	23,6	23,6	100,0	N= 191
	Nő	21,7	27,5	27,5	23,2	100,0	N= 207
	Együtt	23,6	27,4	25,6	23,4	100,0	N= 398
Társközségek együtt	Férfi	34,2	29,6	17,8	18,4	100,0	N= 152
	Nő	24,0	27,9	21,9	26,2	100,0	N= 183
	Együtt	28,7	28,7	20,0	22,7	100,0	N= 335
Mindösszesen	Férfi	29,2	26,3	24,6	19,9	100,0	N= 935
	Nő	25,2	30,7	23,9	20,2	100,0	N=1143
	Együtt	27,0	28,7	24,2	20,1	100,0	N=2078

A követés eredményességét nem és korcsoport szerint a 3. táblázatban foglalom össze. A nők körében - hasonlóan az előző követéses fázishoz – általában nagyobb arányban készült ismételt interjú, kevesebben tagadták meg a válaszadást és alacsonyabb volt köztük a meghaltak aránya is. Az elérés arányaiban a korcsoportok között nincs lényeges eltérés. A válaszolási arány a településtípusok rangsorában csökkent, minél nagyobb településről volt szó, annál kisebb arányban sikerült interjút készíteni. Ennek egyik oka a nagyobb elköltözési arány vagy egyéb ok miatti elérhetetlenség volt.

Az interjú elutasításának fő okai a bizalmatlanság illetve az interjú alany rossz egészségi állapota voltak.⁵ Mindazonáltal az elérés eredményessége megfelel más országokban hasonló módszerekkel végzett követéses vizsgálatoknál tapasztaltaknak. (Idler és Benyamini 1997).

⁵ Meg kell jegyezni, hogy (az alapvizsgálatban résztvevők) megtalálása és az interjúkészítés esetenként csak igen nagy nehézségek árán sikerült. A lakcímek nyilvántartása nem pontos, az elköltözők nem jelentik be azonnal az új lakcímüket. Egy-egy interjú elkészítése gyakran csak sokszori felkeresés után sikerült. Előzetes időegyeztetés ellenére sok esetben mégsem vállalta a kérdőívalany az interjút. A korábbi felmérésekhez viszonyítva az interjúkészítők általános megfigyelése volt, hogy a lakosság bizalmatlansága igen nagymértékben nőtt. A „válaszmeztagadók” egy része súlyos betegség vagy részegség miatt nem válaszolt.

3. táblázat

A követéses vizsgálat eredményessége nem és korcsoportok szerint
(Korcsoport 1988/89-ben)

Nem	Kor	Válaszolt (%)	Meghalt (%)	Nem volt elérhető (%)	Nem válaszolt (%)	Összes (%)	N (fő)
Férfi	20-29 éves	58,5	3,6	21,0	16,9	100,0	467
	30-39 éves	56,0	10,0	21,4	12,5	100,0	439
	40-49 éves	56,9	18,1	16,3	8,7	100,0	404
	50-59 éves	54,9	28,3	12,4	4,4	100,0	339
	Együtt	56,7	13,9	18,2	11,2	100,0	1649
Nő	20-29 éves	60,0	2,1	16,9	21,0	100,0	480
	30-39 éves	69,8	3,6	16,3	10,3	100,0	503
	40-49 éves	66,6	9,0	16,8	7,6	100,0	410
	50-59 éves	63,1	17,2	14,5	5,2	100,0	366
	Együtt	65,0	7,3	16,2	11,5	100,0	1759
Összes (%)		61,0	10,5	17,1	11,4	100,0	
N (fő)		2078	358	585	387		3408

8.2 Az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolat az alapkutatásban (1988/89)

8.2.1 Az egészségi állapot mutatói

Az elemzés első lépéseként azt kell megvizsgálunk, hogy vannak-e különbségek nem, életkor, iskolai végzettség szerint az egészségi állapot három mutatójában (egészségi állapot önértékelése, tevékenységkorlátozottság, idült betegségek) az alapvizsgálat adatai alapján.

Hasonlóan más hazai és nemzetközi szociológiai kutatások eredményeihez azt tapasztaltuk, hogy az egészségi állapot mindhárom mutatója a nők körében kedvezőtlenebbül alakult, mint a férfiaknál, az életkor előrehaladtával egyre fokozódó egészségi állapot romlást figyelhettünk meg, valamint az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportokban az egészségi állapot önértékelése negatívabb, az idült betegségek és a tevékenységkorlátozottságok átlagos száma pedig magasabb volt, mint az iskolázottabbaknál. Az egyes csoportok közti különbségek minden esetben szignifikánsnak mutatkoztak (4. táblázat).

Mindösszesen egy esetben találtam az előbb leírtaktól eltérő adatot, a közepes iskolai végzettségűek idült betegségeinél. Az alacsonyabb betegségszám vélhetően annak a következménye, hogy ezt a csoportot kétharmad részben férfiak alkotják, akik a betegségi

panaszait gyakran már csak súlyos esetben minősítik betegségnek. Érdekes azonban megfigyelnünk, hogy a funkcionalitást jelző mutató esetében és az egészségi állapot önértékelésében ez a „kirívó” eredmény nem jelent meg, ami megerősítheti azt a hipotézist miszerint az iskolai végzettség jelentős különbségeket hoz létre az emberek egészségi állapotának alakulásában.

4. táblázat

Az egészségi állapot mutatóinak átlagértékei nem, életkor és iskolai végzettség szerint a vizsgált mintában

(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

Iskolai végzettség	Egészségi állapot önértékelése	Tevékenység- korlátozottság	Idült betegségek	N
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	
NEM				
Férfi	2,26 (0,8046)	0,44 (1,058)	1,05 (1,380)	N= 1649
Nő	2,46 (0,7936)	0,58 (1,264)	1,53 (1,747)	N= 1759
ÉLETKOR				
20-29	2,04 (0,6826)	0,17 (0,698)	0,61 (0,991)	N= 947
30-39	2,25 (0,7396)	0,30 (0,852)	1,06 (1,368)	N= 942
40-49	2,53 (0,8272)	0,65 (1,314)	1,63 (1,696)	N= 814
50-59	2,75 (0,8048)	1,08 (1,567)	2,15 (1,907)	N= 705
Iskolai végzettség				
Magas	2,21 (0,7198)	0,31 (0,882)	1,18 (1,515)	N=1257
Közepes	2,31 (0,7937)	0,41 (1,007)	1,12 (1,468)	N=1135
Alacsony	2,63 (0,8505)	0,88 (1,519)	1,64 (1,775)	N=1016
Mindösszesen	2,36 (0,8047)	0,515 (1,171)	1,30 (1,598)	N= 3408

Továbbá, az egyes szocio-demográfiai tényezőket már egyidejűleg szerepeltettem az egészségi állapot mutatóinak elemzésében. Arra kerestem a választ, hogy az azonos nemű és életkorú, de különböző iskolai végzettségű csoportokban megjelenik-e a különböző mértékű egészségromlás. Erre azért volt szükség, mert az idősebbek egyben alacsonyabb iskolai végzettségűek is és a mortalitási trendeket figyelembe véve nagyobb valószínűséggel nő, ezért a betegségi mutatók emelkedése ezek együttes hatásából elfedhetnék az iskolai végzettség tényleges hatását. (Egy-egy korcsoporton belül az átlagértékek különbségét t-próbával ellenőriztem.)

Az egészségi állapot önértékelését tekintve az adatok azt mutatják, hogy a „magas” iskolai végzettségi szint szemben a „közepes” és az „alacsony” iskolázottságúakkal mindkét nemnél és minden életkori csoportnál – kivéve a férfiak 20-29 éves korosztályát - jelentős mértékben differenciál. A „közepes” és „alacsony” végzettségi szintű nők egészségének önértékelésében

számottevő különbséget mutatnak az eredmények, de az 50-59 évesek korcsoportjában ezt nem lehetett kimutatni. A férfiak hasonló iskolai végzettségű két csoportjában már nem ilyen egyértelmű a helyzet, 40 éves kor alatt és 50 éves kor felett a két csoportban az önértékelés közel azonos. Egyedül a 40-49 évesek csoportjában találtam igazoltnak, hogy a legalacsonyabb iskolai végzettségűek számoltak be a legrosszabb egészségi állapotról. (5.táblázat)

5. táblázat

Az egészségi állapot önértékelésének átlagértékei nem, életkor és iskolai végzettség szerint a vizsgált mintában
(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

Iskolai végzettség	Nem	Életkor				N
		20-29	30-39	40-49	50-59	
Magas	Férfi	1,97	2,11	2,32	2,44	N= 588
Közepes		1,98	2,16	2,44	2,70	N= 711
Alacsony		1,86	2,18	2,74	2,61	N= 350
Magas	Nő	2,00	2,24	2,31	2,61	N= 669
Közepes		2,22	2,33	2,67	3,10	N= 424
Alacsony		2,40	2,54	2,79	2,94	N= 666
Magas	Együtt	1,99	2,19	2,31	2,50	N=1257
Közepes		2,08	2,22	2,52	2,82	N=1135
Alacsony		2,18	2,42	2,77	2,83	N=1016

Az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti kapcsolatot a funkcionalitásban bekövetkező korlátozottság is jelzi. E téren az adatok azt igazolják, hogy az iskolai végzettségi szint szerint jelentősebbek a különbségek, mint az egészségi állapot önértékelésében. A 6. táblázatból megállapítható, hogy mindkét nemet illetően és minden korcsoportban a betegségek miatt kialakult tevékenységkorlátozottságok átlagértékei növekednek a magas iskolai végzettségűektől az alacsony iskolai végzettségűek felé haladva. Kivételt képeznek a közepes iskolázottságú 50-59 éves nők, ahol kiugróan magas értéket kaptunk. A férfiak egészségi állapotban jelentkező problémáit lehetséges, hogy ez a mutató jelzi leginkább. Lehmann Hedvig és Polonyi Gábor vizsgálatai is azt igazolták, hogy a férfiak körében a betegszerep felvétele, a panaszok, betegségek kezeltetése illetve a betegségek tudatos elfogadása számottevően eltér a női viselkedéstől. Míg a nők érzékenyebben reagálnak az egészségi állapotban történő változásokra - függetlenül az életkortól és az iskolázottságtól -, addig ez a férfiak körében csak a legmagasabb iskolázottságúak közt figyelhető meg.

Körükben a probléma nem betegségként, hanem a napi tevékenységek akadályozójaként jelenik meg.

6. táblázat

A tevékenységkorlátozottság átlagértékei nem, életkor és iskolai végzettség szerint a vizsgált mintában (Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

Iskolai végzettség	Nem	Életkor				N
		20-29	30-39	40-49	50-59	
Magas	Férfi	0,15	0,18	0,42	0,76	N= 588
Közepes		0,15	0,24	0,52	0,93	N= 711
Alacsony		0,21	0,39	0,82	1,13	N= 350
Magas	Nő	0,10	0,22	0,49	0,71	N= 669
Közepes		0,12	0,33	0,71	1,54	N= 424
Alacsony		0,56	0,60	0,94	1,28	N= 666
Magas	Együtt	0,12	0,20	0,46	0,74	N=1257
Közepes		0,14	0,27	0,60	1,13	N=1135
Alacsony		0,43	0,53	0,90	1,23	N=1016

Ez utóbbi megállapítást megerősítik az idült betegségekkel kapcsolatos eredmények. Bár az idült betegségek köre rendkívül tág lehet, nyilvánvalóan az sem mindegy, hogy fatális vagy nem fatális kimenetelű betegségről van-e szó, mégis a betegségek előfordulását jelző átlagok kiindulási alapként szolgálhatnak az egészségi állapot értékelésében.

A 7. táblázat adatai mutatják az idült betegségek átlagértékeit. Iskolai végzettség szerint az idült betegségek átlagos száma az alacsony iskolai végzettségűek minden korcsoportjában a legmagasabb, a két idősebb korcsoportnál a magas iskolázottságúakhoz viszonyítva az eltérés szignifikáns.

Nemek szerint vizsgálva azonban csak a nőknél figyelhető meg az előbbi tendencia, de náluk sem teljes egészében konzisztens. A férfiaknál tapasztalható különbségek ellentmondani látszanak a minta egészére tett megállapításnak, bár az idült betegségek átlagos száma a életkorral körükben is növekszik. Az iskolai végzettség azonban nem a várt módon differenciál. Az adatok éppen ellenkező tendenciát mutatnak, hiszen bármely korcsoportot tekintjük, mindenütt a magasabb iskolai végzettségű csoporthoz tartozik több idült betegség. Mégsem állíthatjuk, hogy ez a ténylegesen rosszabb egészségi állapotot jelezné. Sokkal valószínűbb, hogy az iskolázottabb férfiak gyorsabban, érzékenyebben reagálnak a betegségi tünetekre, pontosabban felismerik az egészségi problémákat, orvosi segítséget is előbb keresnek és maga a betegség is könnyebben „felvállalható”, mint az alacsonyabb

iskolázottságú csoportban. Körükben jellemző a tradicionálisabb, a fizikai erőben, a sérthetetlenségben megtestesülő férfi szerep, így a betegséget csak már a mindennapi funkcionalitást gátló vagy jelentős mértékben korlátozó esetben ismerik el.

Ha az idült betegségekkel kapcsolatos adatokat a betegség jellegével együtt tekintjük, akkor azonban az tapasztalható, hogy az alacsony iskolai végzettségű és idősebb korcsoportokban mindkét nemben súlyosabb idült betegségek fordulnak elő. Körükben gyakrabban találtunk fatális kimenetelű betegségeket, illetve olyan nem fatális jellegűeket, amelyek korlátozzák mind a munkavégzést, mind az e csoportba tartozók egyéb tevékenységeit, esetenként már az önellátást is.

7. táblázat

Az idült betegségek átlagértékei nem, életkor és iskolai végzettség szerint a vizsgált mintában
(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

Iskolai végzettség	Nem	Életkor				N
		20-29	30-39	40-49	50-59	
Magas	Férfi	0,50	0,71	1,35	1,89	N= 588
Közepes		0,46	0,82	1,33	1,88	N= 711
Alacsony		0,18	0,66	1,32	1,45	N= 350
Magas	Nő	0,71	1,29	1,76	2,11	N= 669
Közepes		0,78	1,05	1,90	2,77	N= 424
Alacsony		0,91	1,42	2,08	2,53	N= 666
Magas	Együtt	0,62	1,05	1,56	1,97	N=1257
Közepes		0,59	0,91	1,52	2,15	N=1135
Alacsony		0,64	1,17	1,80	2,19	N=1016

8.2.2 Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

A továbbiakban azt kell ellenőriznünk, hogy a munka- és anyagi körülmények, a pszichoszociális erőforrások és az életstílus változócsoporthoz összefüggnek-e az iskolai végzettséggel.

A munka és az anyagi körülmények szignifikánsan kedvezőbben alakulnak a magasabb iskolai végzettségűek körében, mint a másik két csoportban. A 1988/89-ben még általános volt a teljes foglalkoztatottság, mégis a magas iskolai végzettségűek 95%-a, a közepes iskolázottságúak 94%-a, az alacsony iskolai végzettségűeknek 74%-a kapott helyet az akkori munkaerőpiacon. A rokkantak megoszlása éppen fordított volt: a legmagasabb iskolázottságúak közt a 5,5% az arányuk, a másik két csoportban 11,6% illetve 12,4%.

Bár ennek az időszaknak nem volt jellemzője a széles sávon megjelenő jövedelmi egyenlőtlenség, mégis szignifikánsnak bizonyult a jövedelmek átlagában és az anyagi gondok előfordulásának gyakoriságában kialakult különbség is. Az iskolai végzettség mindkét tényező esetén a tanultabbak kedvezőbb helyzetéről informált.

Ez a tényezőcsoport az, amely a legmarkánsabb különbségeket eredményezte az iskolai végzettség függvényében: a pszichoszociális erőforrásokhoz legkevésbé az alacsony iskolai végzettségűek jutottak, majd a közepes, leginkább pedig a magas iskolai végzettségűek. Akár az életirányítási képességet, akár a szociális támogatás mértékét tekintjük, minden esetben mindhárom iskolai végzettségű csoport szignifikáns mértékben különült el egymástól.

Az egészséges életstílust nézve nem ilyen egyértelmű a kép. Az egészséget következetesen szem előtt tartó életmód nem alakult ki egyértelműen egyik iskolai végzettségű csoportban sem, bár a magas iskolai végzettségűeknél követhető nyomon leginkább az egészséges életmódelemek „összefonódása”. Ők azok, akik a leggyakrabban töltik szabadidejüket aktív testmozgással, a legkevésbé dohányoznak, közel 60%-uk mértékletesen vagy ritkán fogyaszt alkoholt, köztük a legkisebb az aránya a túlsúlyosoknak vagy kövéreknek. A 9-11 osztályt végzettek között viszonylag több a jelenleg dohányzó, mint a másik két csoportban. Az alkoholfogyasztásban is hasonló a helyzet. Viszonylag magas közöttük a gyakran ivók aránya. A legalacsonyabb iskolai végzettségűeknél azt látjuk, hogy közöttük van a legtöbb kövér és a legkevesebb normál testsúlyú ember, a dohányzók aránya szignifikánsan magasabb, mint a magas iskolai végzettségűeké, de jelentősen alacsonyabb, mint a 9-11 osztályt végzetteké. Körükben az absztinensek és ritkán ivók, valamint a nagyon gyakran ivók aránya kiugró értékű a másik két csoporthoz képest. Más vizsgálatok is alátámasztják, de kutatásunk adatai is igazolták, hogy az alacsony iskolai végzettségűeknél a szélsőséges alkoholfogyasztás és az alacsonyabb arányú dohányzás egyrészt a nagyobb arányú női részvételnek, másrészt a már súlyosan megromlott egészségi állapotnak köszönhető, melynek következtében az alkoholfogyasztás és a dohányzás már orvosi tanácsra nem megengedett szokás. Ross és Wu modelljében az egészségi állapot ellenőriztetése is jelentős hatásúnak bizonyult. Vizsgálatunkban azonban a soványság mellett ez az egyetlen tényező, amely szerint az egyes iskolai végzettségű csoportok nem különböznek jelentősen egymástól. (8. táblázat).

8. táblázat

Az egészségi állapotot és a mediátor tényezőket mérő változók átlagai az iskolázottság szerint
(Baranya megyei vizsgálat 1988/89)

Változók	8 osztály vagy kevesebb	9-11 osztály	Érettségi + (12 vagy több osztály)
<i>Egészségi állapot</i>			
Az egészségi állapot önértékelése*	2,639 (,853)	2,305 (,794)	2,203 (,701)
A tevékenységkorlátozottság átlagértéke*	0,88 (1,519)	0,41 (1,007)	0,31 (,882)
Az idült betegségek átlagértéke*	1,64 (1,775)	1,12 (1,468)	1,18 (1,515)
<i>Munka és anyagi körülmények</i>			
Foglalkoztatott*	,736 (,441)	,937 (,244)	,946 (,226)
Nem foglalkoztatott (nem egészségi ok miatt)*	,211 (,408)	,041 (,199)	,042 (,201)
Nem foglalkoztatott (egészségi ok miatt – rokkant)*	,053 (,224)	,022 (,147)	,012 (,109)
1 főre jutó havi jövedelem *	5,159 (1,515)	4,482 (1,447)	4,086 (1,518)
Anyagi gondok*	2,527 (1,015)	2,400 (1,020)	2,339 (1,012)
<i>Pszichoszociális erőforrások</i>			
Életirányítási képesség*	8,579 (2,175)	8,017 (2,170)	7,817 (2,173)
Szociális támogatás*	2,021 (,955)	1,740 (,845)	1,601 (,777)
<i>Egészséges életstílus</i>			
Testedzés*	4,827 (,669)	4,498 (1,035)	4,208 (1,163)
Dohányzás*	,991 (,949)	1,135 (,916)	,891 (,894)
Nem iszik*	,199 (,399)	,116 (,321)	,094 (,292)
Ritkán iszik*	,229 (,421)	,190 (,393)	,244 (,430)
Mértékletesen iszik*	,189 (,401)	,275 (,368)	,341 (,402)
Gyakran iszik*	,237 (,426)	,313 (,464)	,253 (,435)
Nagyon gyakran iszik*	,112 (,316)	,107 (,309)	,054 (,226)
Kimerültség gyakorisága*	3,187 (,929)	2,978 (,956)	2,954 (,966)
Sovány ^{ns}	,063 (,292)	,053 (,224)	,052 (,223)
Normál testsúly*	,298 (,457)	,347 (,476)	,375 (,475)
Túlsúlyos*	,332 (,471)	,382 (,486)	,414 (,492)
Kövér*	,306 (,461)	,218 (,413)	,189 (,391)
Preventív célú orvoshoz fordulás gyakorisága ^{ns}	2,274 (1,385)	2,341 (1,387)	2,337 (1,356)

* Az iskolai végzettségű csoportok szignifikánsan különböznek $p < .05$; ns.=nem szignifikáns.

Megjegyzés: N=3408; SD. zárójelben.

8.3 Az egészségi állapot és az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők változása – a 2003. évi kutatás eredményei

Az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolatának vizsgálatához meg kell ismernünk, hogy a vizsgált mintában a 15 év alatt, hogyan változtak az egészségi állapot mutatói és a mediátorokként megjelenő tényezők.

Az egészségi állapot mutatóinak 2003-ban nyert adatai egyértelműen jelzik a mintában bekövetkező egészségromlást. Hozzávetőleg kétszeresére nőtt a tevékenységkorlátozottságok átlagos száma, átlagosan kettővel több idült betegségről számoltak be a válaszadók és az egészségi állapot önértékelésének kedvezőtlenebbé válása is jelentős.

A nők összességében továbbra is minden egyes egészségi állapot mutatónál magasabb átlagértéket értek el, mint a férfiak, de a funkcionalitásban az eltérés nem bizonyult szignifikánsnak. Szinte természetesnek vehetjük, hogy az életkor előrehaladtával az egészségi állapotban mutatkozó különbségek egyre határozottabbak mindhárom egészségi állapot mutató esetében. Az iskolai végzettség három csoportjában 15 év elteltével is jelentős mértékben térnek el az egészségi állapot minőségét jelző mutatók értékei. (9.táblázat)

9. táblázat

Az egészségi állapot mutatóinak átlagértékei nem, életkor és iskolai végzettség szerint a vizsgált mintában (Baranya megyei vizsgálat 2003)
(Korcsoport 1988/89)

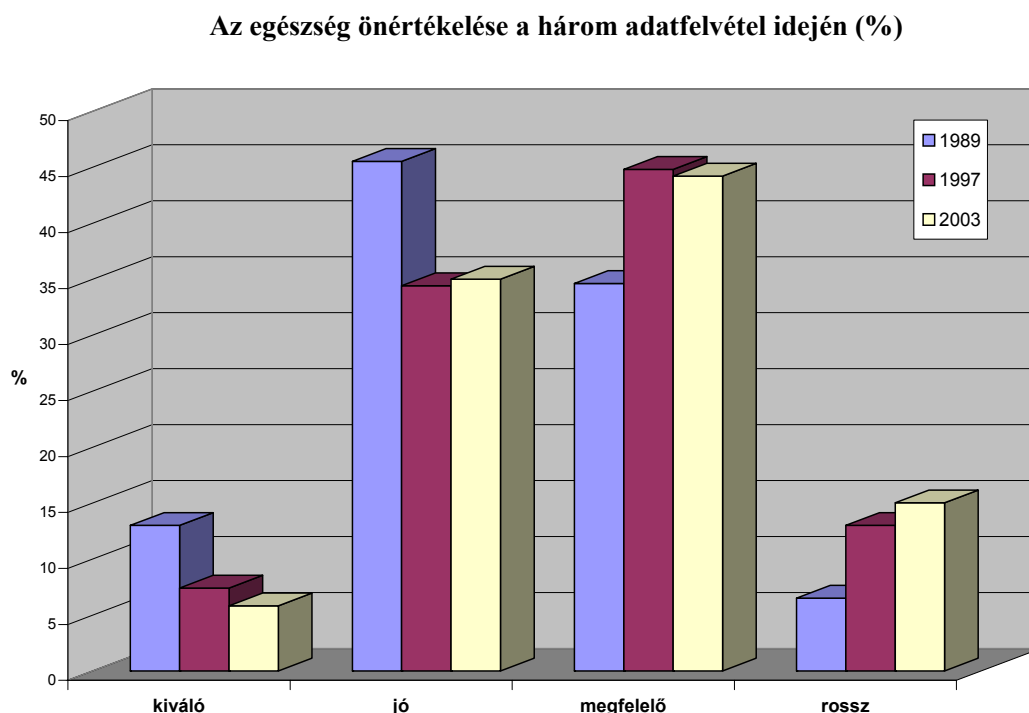
Iskolai végzettség	Egészségi állapot önértékelése	Tevékenység- korlátozottság	Idült betegségek	N
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	
NEM				
Férfi	2,63 (0,794)	0,93 (1,61)	2,65 ()	N= 935
Nő	2,72 (0,792)	1,03 (1,177)	3,43 ()	N=1143
ÉLETKOR				
20-29	2,25 (0,728)	0,42 (1,178)	1,90 ()	N=561
30-39	2,70 (0,816)	0,93 (1,631)	2,94 ()	N=597
40-49	2,83 (0,746)	1,19 (1,736)	3,65 ()	N=503
50-59	2,93 (0,764)	1,57 (2,088)	4,19 ()	N=417
Iskolai végzettség				
Magas	2,46 (0,749)	0,62 (1,347)	2,64 (2,577)	N=766
Közepes	2,71 (0,761)	0,93 (1,698)	3,00 (2,519)	N=683
Alacsony	2,91 (0,817)	1,49 (1,959)	3,70 (2,792)	N=629
Mindösszesen	2,68 (0,795)	0,98 (1,704)	3,08 (2,660)	N= 2078

8.3.1 Egészségi állapot önértékelése

A minta egészére vonatkozó adatok azonban elfedhetnek összefüggéseket, hiszen az életkor, a nem és az iskolai végzettség hatásai egymást erősítve összemosódhatnak, kutatási célom pedig éppen az árnyaltabb kép felvázolása.

Elsőként azt mutatom be, hogyan változott az egészségi állapot önértékelése 1988/89-ről az 1997/98-ra és 2003-ra a végzett vizsgálat eredményei szerint. Az alapvizsgálathoz képest az általános egészségi állapotukat kiválónak minősítők aránya 15 év alatt felére csökkent, míg a rossznak minősítők kétszeresére nőtt. (1. ábra)

1. ábra

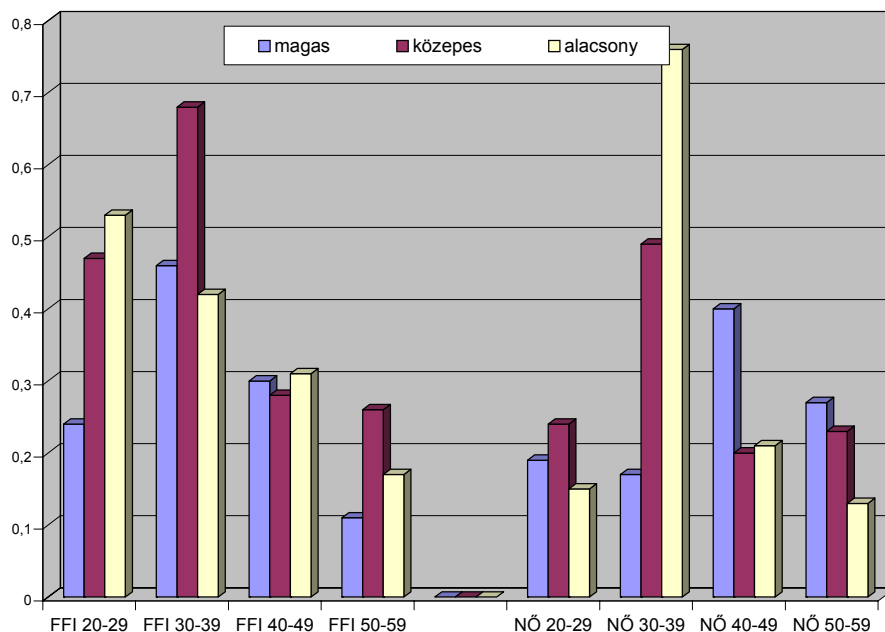


2003-ban az egészségi állapot értékelése a különböző iskolai végzettségű csoportokban életkor és nem szerint jelentős eltéréseket mutatott. A legkevésbé iskolázottak közt a már ismert önértékelési különbségeket találtuk férfiak és nők közt minden korcsoportban, vagyis a nők rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat. Ezzel szemben a magas és közepes iskolai végzettségűeknél a két fiatalabb korcsoportban a nők jobb illetve azonos egészségi állapotról számoltak be, mint a férfiak, és csak az idősebb korcsoportokban bizonyult kedvezőtlenebbnek a nők egészségi állapota. A nők és férfiak azonos önértékelése 1988/89-

ben csak a legfiatalabbakra és a legiskolázottabbakra volt érvényes, így ez a változás mindenképpen figyelemfelkeltő. (2.ábra)

2. ábra

Az egészségi állapot önértékelésének átlaga nem, életkor és iskolai végzettség szerint
(Baranya megyei vizsgálat 2003)
(Korcsoport 1988/89)



Jelmagyarázat: M=magas iskolai végzettség, K=közepes iskolai végzettség, A=alacsony iskolai végzettség

Mi lehet e jelenség magyarázata? A két legfiatalabb korosztály 2003-ban a 35-44 és 45-54 évesekből áll. A mortalitási adatokból ismert, hogy 35 éves kortól a férfiak „esendősége” már szignifikáns mértékben eltér a nőkéétől, 45 éves kortól pedig a halálozási különbség két-háromszoros mértéket ér el. Az egészségi állapot önértékelése természetesen nem azonos a halálozási viszonyokkal, de a szokatlanul mondható eredmény aféle „előfutára” is lehet a gyors vagy tragikus egészségromlásnak.

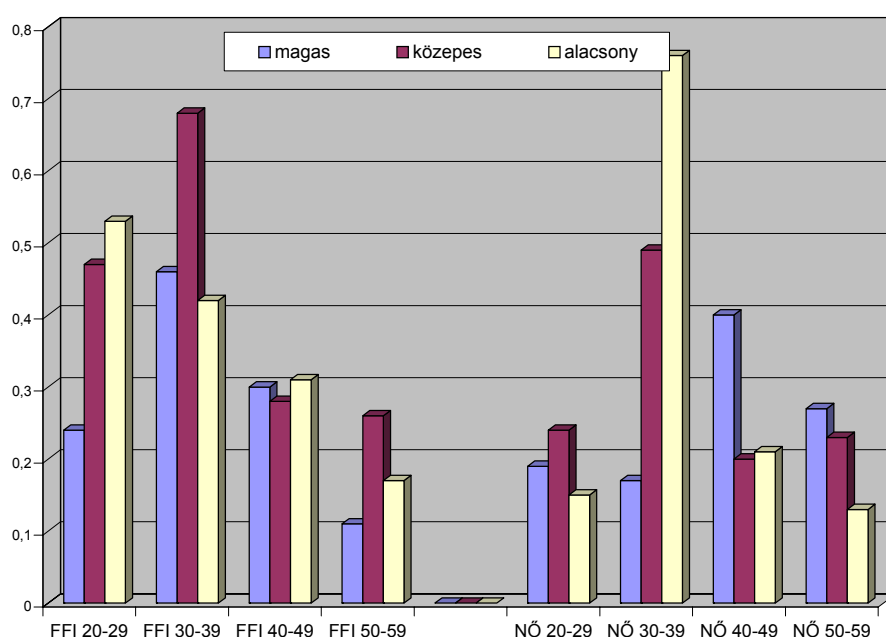
A váratlan eredményt talán az is magyarázhatja, hogy a nők munkaerő-piaci ereje, jövedelemszerző képessége, olykor családfenntartói szerepe – különösen a magasabb iskolai végzettségűek körében - megerősödhetett az elmúlt 15 évben, és a megváltozott, férfiasabbá vált szerepek és teljesítéseik magukkal hozhatták a betegségi magatartás területén is a

változást. Ezt a hipotetikus állítást azonban majd mélyebb elemzésnek kell alávetni ahhoz, hogy igazoltnak tarthassuk.

Az alapvizsgálathoz képest a 2003. évi felmérés adatai azt mutatják, hogy az egészségromlás minden korcsoportot és mindkét nemet érintette (3. ábra).

3. ábra

Az önértékelés-változás átlagértékei nem, iskolai végzettség és életkor szerint
(Baranya megyei vizsgálat, 2003-1988/89)
(Korcsoport 1988/89)



Mindenekelőtt szembetűnő, hogy a férfiak és a nők egészségi állapotával kapcsolatos önértékelés változásának dinamikája. Az eredmények számottevő különbségeket jeleznek az iskolai végzettség szerinti csoportokban. A férfiak körében az alacsony iskolai végzettségűeknek már a legfiatalabb korcsoportban jelentős mértékben romlott saját megítélésük szerint az egészségi állapotuk. A magas és közepes iskolai végzettségűeknek 10 évvel később tapasztalhatjuk az egészségromlás hasonló ütemét, de a legiskolázottabbaknál még ekkor sem éri el a legkevésbé iskolázottak fiatal korcsoportjára jellemző értéket.

A legfiatalabb nőknél a változás nem mutatott szignifikáns különbséget az iskolai végzettség szerint és a romlás dinamikája is határozottan lassabb, mint a férfiaknál. A nők egészségi állapotának változásában 10 évvel később jelent meg gyorsabb ütemű romlás, számottevő

különbséget mutatva az egyes iskolai végzettségű csoportokban. Fontosnak tartom kiemelni, hogy a magas iskolai végzettséggel rendelkező nők egészségi állapotában csak a jelenleg 55-64 évesek között volt jelentős mértékű negatív irányú egészségi állapotváltozás.

A legidősebbek közt a legminimálisabb a kedvezőtlen irányú egészségromlás. Magyarázatként szolgálhat, hogy ebben a csoportban már a megelőző vizsgálatokban is jóval magasabb volt azok aránya, akik már 1988/89-ben is rossz egészségi állapotról számoltak be, így az egészségromlás körükben 2003-ban nem volt „mérhető”, hiszen már akkor elérte a mérési „plafont”. Fontos adat az is, hogy ebből a csoportból haltak meg a legnagyobb arányban, amit nyilvánvalóan a „legrosszabb” egészségi állapot mutatónak tekinthetünk.

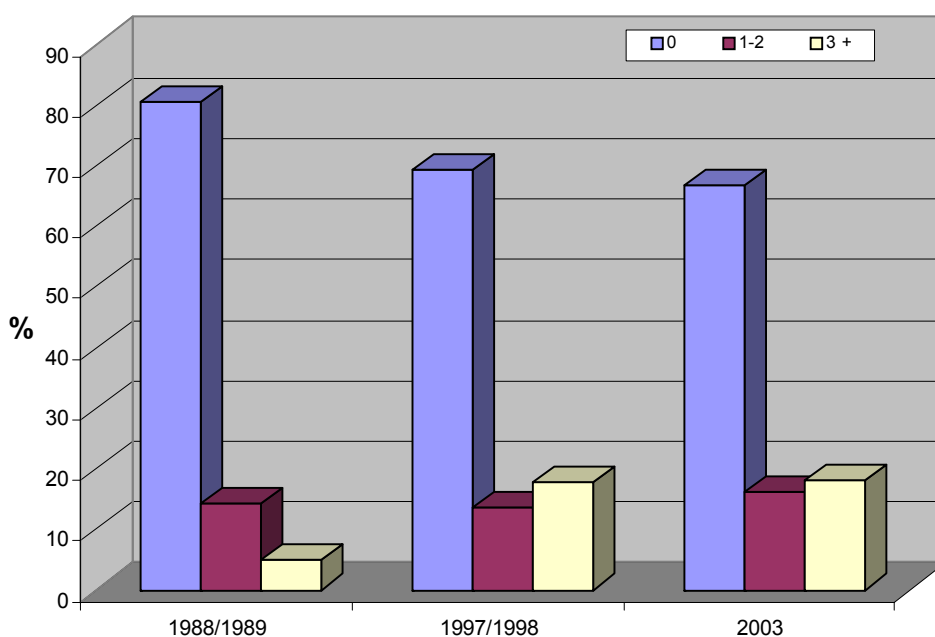
Összefoglalva az egészségi állapot megítélésében bekövetkezett változásokat azt mondhatjuk, hogy minél alacsonyabb iskolai végzettségű csoportról van szó, annál korábbi életszakaszban és annál nagyobb mértékben kezdődött meg az egészségromlás, így a már alapkutatásban is tapasztalt különbségek még markánsabbá váltak. A magas iskolai végzettség a férfiaknál is, de különösen a nőknél jelentős „egészségvédő” faktornak bizonyult az azonos életkori csoportokban is, vagyis a két alacsonyabb iskolai végzettségű csoport tagjai sokkal előbb „elhasználódnak”, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők.

8.3.2 Tevékenységkorlátozottság

A tevékenységkorlátozottság növekedése a 15 év alatt szintén az egészségi állapot rosszabbodását mutatja. A három időszak eredményeiben megjelenő különbségek jelentősek. Egyre csökken azok aránya, akiknél az egészségi problémák nem okoznak tevékenységkorlátozottságot, míg növekszik azoké, akik 3 vagy több tevékenységben akadályozottá váltak. 1988/89-ben a megkérdezettek 79%-a nem észlelt funkcionálisát zavaró problémát, 2003-ban ugyanez az arány már csak 67%. Jelentős mértékben megnövekedett a 3 vagy több mindennapi tevékenységükben korlátozottak aránya, 3,5%-ról 18%-ra. Ez a változás vélhetően életminőségromlást is eredményezett az érintetteknél. (4. ábra).

4. ábra

A tevékenységkorlátozottságok gyakorisága a három adatfelvétel idején (%)



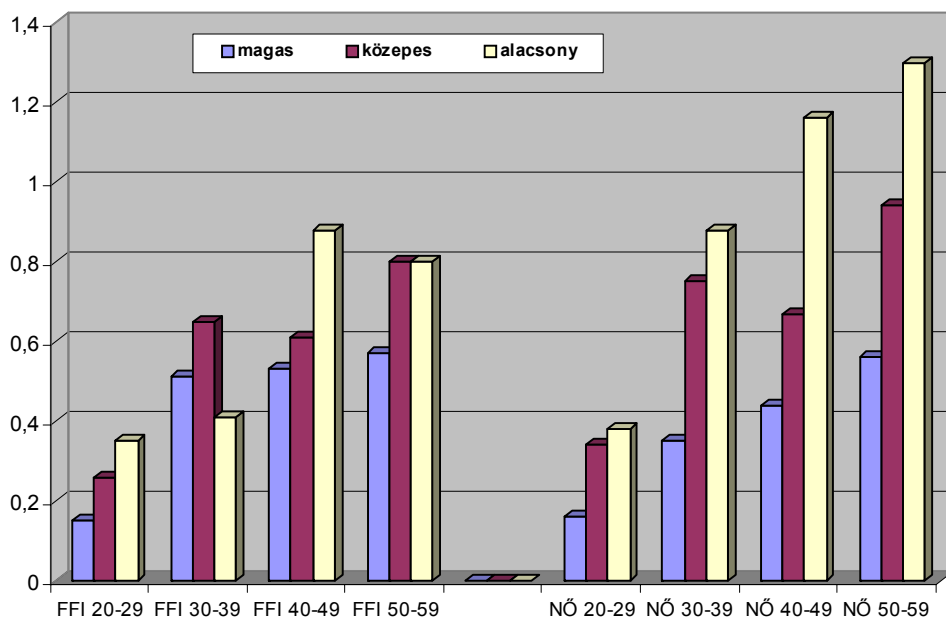
A funkcionális akadályozó problémák száma átlagosan közel kétszeresére emelkedett, jelentős különbségeket mutatva az egyes életkori és iskolai végzettségű csoportokban. Az adatok szerint a legidősebbek átlagosan háromszor több tevékenységkorlátozottsággal kell, hogy megküzdjenek, mint a legfiatalabbak.

Annak ellenére, hogy a minta egészére vonatkozóan a férfiak és a nők között az eredmények nem jeleztek szignifikáns különbséget a tevékenységkorlátozottság átlagos számában, az életkori és az iskolai végzettség szerint kialakított nemenkénti csoportokban lényeges eltéréseket tapasztalhatunk 2003-ban.

A tevékenységkorlátozottságok jelenlétét az iskolai végzettség, az életkor és a nem most is erőteljesen differenciálta, ahogy 1988-89-ben is. Az alacsonyabb végzettségűek ebben a kutatási ciklusban is több korlátozottságról számoltak be a nők minden életkori csoportjában. A férfiaknál ezt a tendenciát megtöri az alapvizsgálatban a 30-39 éves korcsoport. Az adatok arra utalnak, hogy a kevésbé iskolázottak körében a fiatalabb korban kezdődő betegségek az idő előrehaladtával egyre inkább éreztetik korlátozó hatásukat, amelyek kiterjednek a mozgás és az önellátás területére is, és egyaránt negatívan befolyásolják a szociális és a fizikai funkcionálást. A korai megrokkulás expanziójáról van tehát szó, amely az élet minőségét lerontja, nehezíti (5. ábra).

5. ábra

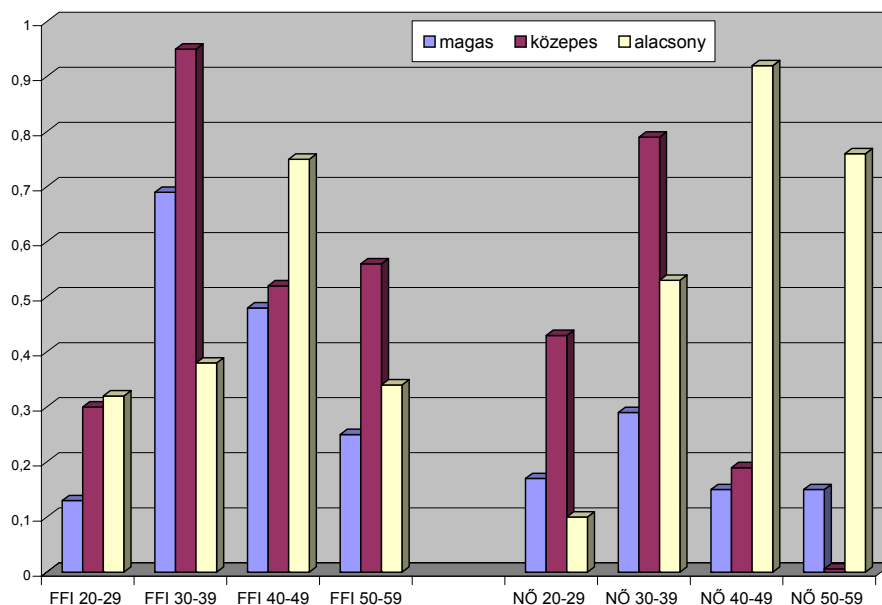
A tevékenységkorlátozottság átlagértékei nem, életkor és iskolai végzettség szerint
(Baranya megyei vizsgálat 2003)
(Korcsoport 1988/89)



A 15 év alatt bekövetkezett változások a tevékenységkorlátozottságban mind a férfiak, mind a nők esetében jelentős. Az iskolai végzettségi csoportok szerint mindkét nemnél a két alacsonyabb iskolai végzettségű csoportban váltak szignifikánsan nagyobb mértékben mindennapi tevékenységeikben korlátozottakká a megkérdezettek. A nőknél – hasonlóan az egészségi állapot önértékelésében bekövetkezett változásokhoz – a magas iskolai végzettségűek megőrizték kedvezőbb állapotukat, sőt a kisebb mértékű változás miatt a csoportok közti különbségek megnövekedtek, különösen a legalacsonyabb iskolai végzettségűekhez képest. Ahogy azt már a 2003-as adatok alapján is láthattuk, a férfiak korlátozottságánál az iskolai végzettség kisebb különbségeket idézett elő, mint a nőknél. A 15 év alatt bekövetkező változásokról is csak az mondható el, hogy a magas iskolai végzettségűek körében általában kevésbé romlott a funkcionalitás mértéke, de az összefüggés nem teljes mértékben konzisztens, ahogy ezt az alap kutatás idején 30-39 éves korosztály is igazolja. (6.ábra).

6.ábra

A tevékenységkorlátozottság átlagértékének változása nem, kor és iskolai végzettség szerint
(Baranya megyei vizsgálat, 2003)
(Korcsoport 1988/89)

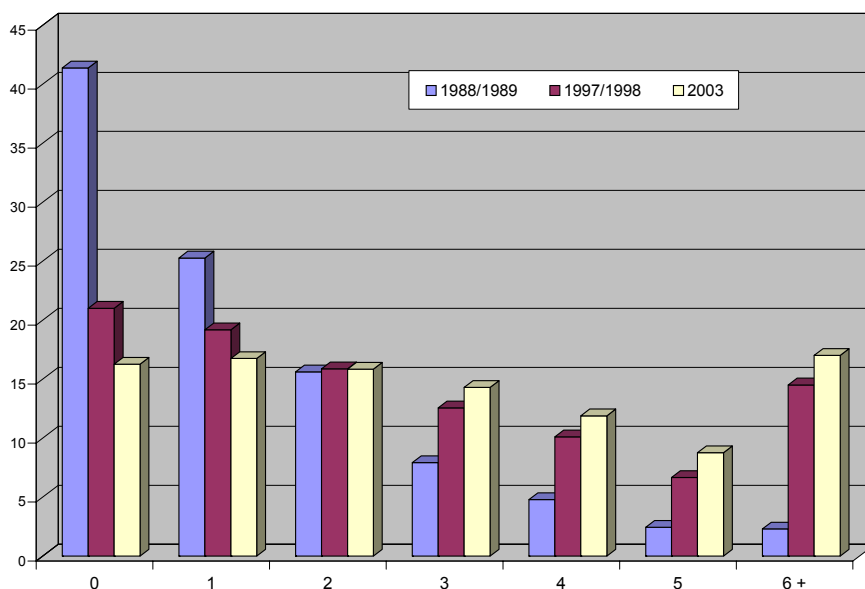


8.3.3 Idült betegségek

Az elmúlt 15 évben a megkérdezettek körében az idült betegségek száma jelentős mértékben növekedett. Az 1988/89-es adatfelvétel idején a válaszadók több, mint 40%-ának nem volt tartósan fennálló betegsége, 1997/98-ra ez az arány 21%-ra, 2003-ra 16%-ra csökkent. Tovább csökkent az egy, nem változott a két idült betegségről beszámoló megkérdezettek aránya és minden esetben nőtt a 3 vagy annál több tartós betegségi állapotot eredményező egészségi problémákkal küzdők aránya. Ennek következtében 2003-ban a minta 53%-ának volt 3 vagy több idült betegsége, szemben az alapvizsgálat 19%-ával (7.ábra.).

7. ábra

Idült betegségek száma szerinti megoszlása a három adatfelvételkor

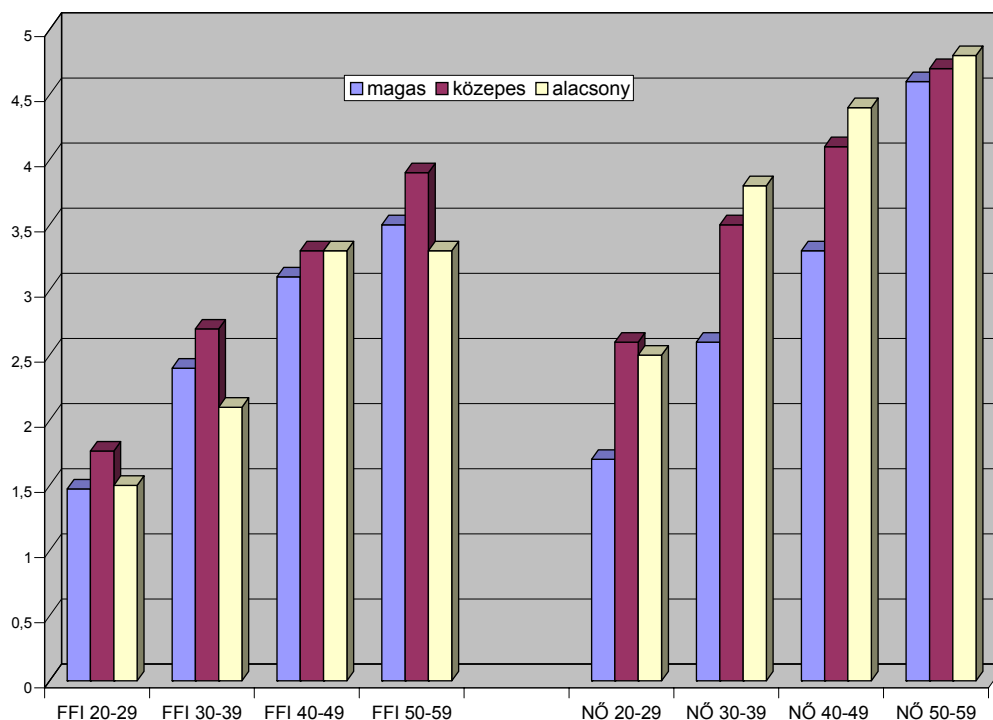


Ismert, hogy a nők körében gyakrabban fordulnak elő az idült betegségek, mint a férfiaknál. Ezt igazolják vizsgálatunk adatai is. 2003-ban a nők átlagosan 3-4, a férfiak 2-3 idült betegségről számoltak be. Nem meglepő, hogy a korral emelkednek a prevalencia értékek és markánsabbá vált a polimorbiditás. Annál meglepőbb az iskolai végzettség differenciáló hatása az idült betegségek számának alakulásában. Bár a nők körében az életkor és a nemek szerinti kategóriákban mindenütt az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében van több idült betegség, a férfiaknál azonban éppen fordított a trend: a magasabb iskolai végzettségűek több idült betegségről számoltak be. Valószínűleg esetükben nem rosszabb egészségi állapotról van

szó, csak arról, hogy több krónikus betegségről tudnak, ezekkel éppen a további egészségromlást megelőzendő tudatosan foglalkoznak, orvoshoz fordulnak (8. ábra).

8. ábra

Idült betegségek átlagos száma nem, kor és iskolai végzettség szerint
(Baranya megyei vizsgálat, 2003)
(Korcsoport 1988/89)



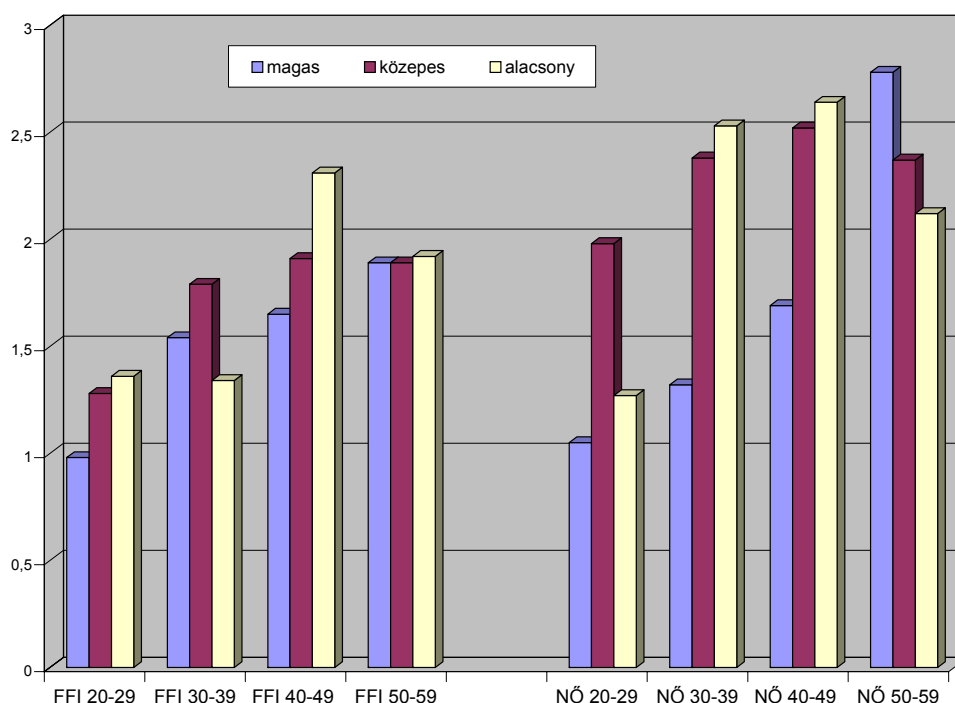
Az idült betegségek számának változása is jelentős az elmúlt 15 év során. Bár ez a mutató még egyelőre csak összesítve jeleníti meg a tartósan fennálló betegségeket és nem különíti el a fatális és nem fatális kimenetelű egészségi problémákat, mégis képet ad arról az egészségi állapotromlásról, amely mindkét nemben és minden korcsoportban nyomon követhető. (9. ábra)

A legtöbb új idült betegség az alacsony iskolai végzettségű nők és férfiak esetében lépett fel, átlagosan kettő. A férfiaknál az idült betegségek változását mutató átlagértékeket illetően ugyanazt az iskolai végzettség szerinti tendenciát láthatjuk, mint az előzőekben tárgyalt másik két egészségi állapot mutató esetén. A nőknél figyelemre méltó az új idült betegségek átlagértékének növekedése a legmagasabb iskolai végzettségű legidősebb korcsoportban. Ám

ez a növekedés az alacsony iskolai végzettségűek között már a 30-39 éves korban jelentkezik és fennmarad az azt követő életkori csoportban is. Lényegében ugyanezt a tendenciát láthatjuk a közepes iskolai végzettségű csoportban is, bár közöttük az idült betegségek számának átlagos változása korábban következik be. (Meg kell jegyeznünk, hogy a változás mértéke minden eddig tárgyalt esetben csak viszonylagos jellegű, hiszen kiindulási pontként az 1988/89-es kutatás adatait tekinthetjük, melyek már akkor is jelentős különbségeket jeleztek az egyes életkor, nemi és iskolai végzettségű csoportok közt.)

9. ábra

Az idült betegségek változásának átlagértéke nem, életkor és iskolai végzettség szerint
(Baranya megyei vizsgálat, 2003)
(Korcsoport 1988/89)



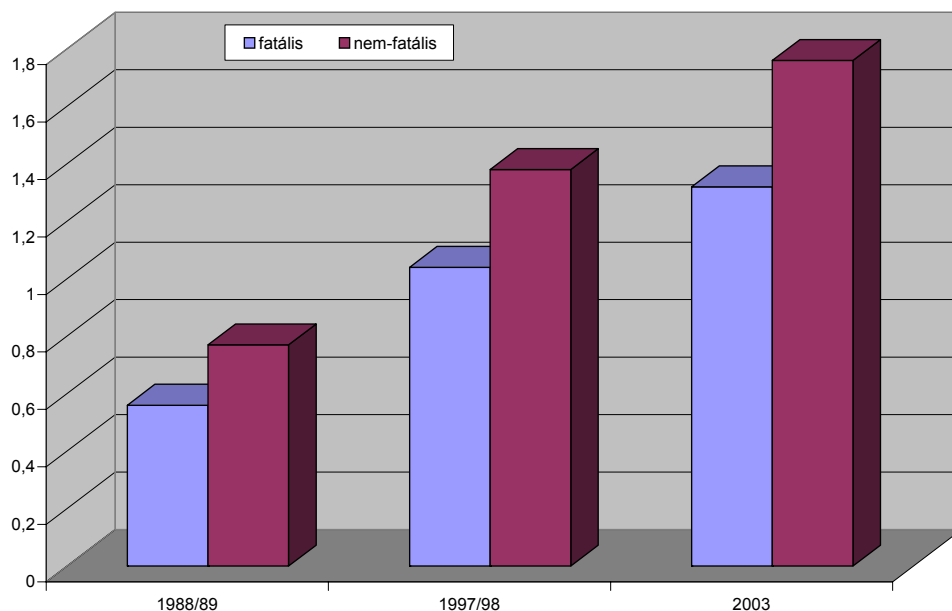
8.3.3.1 Fatális és nem-fatális idült betegségek

Az idült betegségek mindegyike tartósan fennálló betegségi állapotot eredményez, és nem elsősorban a gyógyulás a reális lehetőség, hanem a betegséggel való együttélésre kell felkészülnie a betegnek. Az idült betegségek között mégis alapvető különbséget teremt az egészségromlás fatális vagy nem-fatális jellege. Kutatásunkban a fatális jellegű idült betegségek csoportjába soroltuk a szív- és agyérbetegségeket, a rosszindulatú daganatos betegségeket, a légzőrendszer betegségei közül az idült hörgőgyulladást, az asztmát, a tüdőtágulatot, az emésztőrendszer betegségeiből a gyomor és nyombélfekélyt, a májzsugort, a húgy- és ivarrendszer betegségeiből a kétoldali nefrotikus állapotokat, az anyagcsere betegségeiből a cukorbetegséget, a pajzsmirigy betegségeiből a strumát, míg a nem-fatális jellegű idült betegségek csoportjába az életet nem fenyegető kórképek kerültek. Így az idült betegségek két, minőségileg alapvetően különböző csoportját kaptuk, mely lehetővé tette az általános morbiditás kvalitatív elemzését.

A kutatási ciklus tizenöt éve alatt az idült betegségek csoportján belül mind a fatális kimenetellel fenyegető, mind a nem-fatális megbetegedések átlagos száma - a követett minta egészét tekintve – jelentősen megemelkedett.

10. ábra

Fatális és nem-fatális idült betegségek átlagos száma a három felmérés időpontjában



A betegségek számának megnövekedése nem, életkor és iskolai végzettség szerint homogén csoportokon belül is kimutatható. A férfiak körében - különösen az 50. életévtől kezdve - jelentősen megnőtt a fatális jellegű megbetegedések száma, szignifikánsan meghaladja a hasonló korú nőknél tapasztalt szintet. Ez rávilágít a férfiak nagyobb idő előtti halálozási kockázatának morbiditási hátterére.

Tendenciájában az iskolai végzettség hatása a fatális és nem-fatális jellegű betegségek számának növekedésében is kimutatható: mindegyik - nem és kor szerint homogén - részmintában az alacsonyabb iskolai végzettségűek kategóriájában magasabbak az értékek. Az idősebb, alacsony iskolázottságú férfiak szenvednek átlagosan a legtöbb fatális jellegű betegségben. Az ellentétes pólust mindkét szempontból a magasabb iskolázottságú, fiatal férfiak és nők képezik.

A nem fatális jellegű idült betegségek előfordulása és halmozódása elsősorban az alacsony iskolázottságú fiatalabb nőket érinti. De a nők minden korcsoportjában az iskolai végzettség szerint is magasabbak az értékek, mint a férfiak megfelelő csoportjaiban.

A 15 év alatt bekövetkezett változások szerint az alacsony iskolai végzettségű férfiak körében nőtt meg a legnagyobb mértékben - mindegyik korcsoportban - a legalább egy újabb fatális idült betegséggel rendelkezők aránya. A férfiaknál tehát a magasabb iskolai végzettség „védő” hatásúvá vált a fatális betegségek terén.

A nem-fatális idült betegségek előfordulása igen nagy arányban emelkedett, az utóbbi 15 évben különösen a fiatalabb korcsoportokban. Az iskolai végzettség hatása a nem-fatális betegségek előfordulását illetően a férfiak esetében nem egyértelmű. Bizonyos korcsoportokban az alacsonyabb végzettségűek körében lépett fel relatíve több, más korcsoportoknál éppen a magasabb végzettségűeknél. A nők körében viszont egyértelműen kirajzolódik az a tendencia, hogy a nem-fatális betegségek a magasabb iskolai végzettséghez társulnak inkább, míg a fatálisak az alacsonyhoz.

8.3.4 Az egészségi állapotot befolyásoló főbb tényezők változása 1988/89 és 2003 között

Az eddigi elemzések során sikerült igazolni, hogy a megkérdezettek egészségi állapota – annak bármelyik jellemzőjét is vettük alapul – az elmúlt 15 évben jelentősen romlott. A fő demográfiai ismérvek (nem, életkor) és az iskolai végzettség, mint alapvető szociális ismerv mentén vizsgálva az átlagok különbségét, azt láthattuk, hogy ezek mindegyike többé-kevésbé hatással volt mind a két vizsgálati időpontban az egészségi állapot jellemzőire, illetve a változás mértékére is. Most azt kell áttekintenünk, hogy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők megváltoztak-e a két vizsgálat közti időszakban.

A demográfiai-társadalmi jellemzők közül az egészségi állapotot legerősebben determináló tényezők a nem és az életkor voltak. A nemek aránya a követett mintában nem módosult jelentősen, az életkor pedig 1-2 éves szórással 15 évvel nőtt meg.

A munka és anyagi körülmények közül szignifikánsan változott a foglalkoztatottság (10. táblázat). Az aktív keresők aránya közel felére csökkent – 82,6%-ról 43%-ra - elsősorban a nyugdíjba vonulás miatt. A különböző jogcímen nyugdíjazottak aránya 5,4%-ról 44,6 %-ra emelkedett. A saját vagy özvegyi jogon nyugdíjba vonulók aránya 3,2-ről 28,8 %-ra, míg a rokkant nyugdíjasok aránya 2,2-ről 15,8%-ra nőtt. 2003-ban munkanélküli volt a megkérdezettek 5,8%-a. Az anyagi körülmények megítélése egyértelműen negatív irányba tolódott el. Az anyagi gondok a megkérdezettek fele számára jelentett gyakori vagy állandó problémát az elmúlt években. A jövedelmi egyenlőtlenségek növekedését is jelzik az adatok, a magas iskolai végzettségűektől jelentősen leszakadt a másik két csoport.

A pszichoszociális erőforrások közül az életirányítási képességet illetően sem összességében, sem nem- és korcsoporti bontásban nem mutatható ki változás a két vizsgálat között. A nők most is kevésbé érzik úgy, hogy képesek lennének irányítani az életüket, vagy legalábbis közülük többen ismerték ezt el. A szociális támogatottság tekintetében negatív irányú változás tapasztalható. A nők érzékelik leginkább a szociális támogatottság hiányát, különösen a család részéről, s körükben nőtt relatíve a legnagyobb mértékben e probléma. A nők körében kialakult a pszichoszociális erőforrások relatív „hiánya” és ez alátámaszthatja az ismert megállapítást, hogy betegebbnek, elesettebbnek is érzik magukat, mint a férfiak.

Az egészséges életstíluselemek közül az aktív pihenés mértéke általánosságban nem változott, de a fiatalabb férfiaknál és a fiatalabb nőknél némi javulás látszik.

A dohányzók aránya szignifikánsan csökkent – elsősorban - a legfiatalabbak és a legidősebbek nők körében, valamint a fiatalabb, magasabb iskolázottságú férfiak közt.

Az alkoholfogyasztást illetően is változott a kép, nőtt az absztinensek, a ritkán ivók és a mértékletesen ivók aránya és csökkent ugyan a nagyon gyakran ivóké, de ez utóbbi nem mondható jelentős mértékűnek.

A 15 év alatt a megkérdezettek testsúlyváltozásait nem mondhatjuk kedvezőnek. 1988/89-ben a nők 40 %-a volt túlsúlyos vagy kövér, és 44 %-a normál testsúlyú, a férfiaknál ugyanezek az arányok 51% és 45 % volt. 2003-ban mind a nők, mind a férfiak körében megnövekedett a többletsúllyal élők aránya: nők 56 %-a, férfiak 68%-a sorolható ebbe a csoportba. Ugyanakkor az eredmények azt is mutatják, hogy mindhárom iskolai végzettségű csoportban némileg csökkent a kövérek aránya, ami a betegségi kockázatok szempontjából fontos változás. A nők körében azonban az iskolai végzettség határozott „mintázatot” alakított ki: a magas iskolázottságúak mindegyik korcsoportjában a normál testsúlyúak aránya 40% felett van, a közepes iskolai végzettségűeknél csak a két fiatalabb korcsoportban, az alacsony iskolázottságúak közt pedig csak a legfiatalabbakra jellemző a megfelelő testsúly.

A követett mintán belül a preventív célú orvoshoz fordulás gyakorisága csökkent, vélhetően azért, mert a minta egyre nagyobb hányadának van már tartósan fennálló betegsége, így az orvoshoz fordulás egyre inkább a gyógyító, gondozó jelleggel társul.

10. táblázat

Az egészségi állapotot és a mediátorokat mérő változók átlagai az iskolai végzettség három csoportjában (Baranya megyei vizsgálat, 2003)

Változók	8 osztály vagy kevesebb	9-11 osztály	Érettségi + (12 vagy több osztály)
Egészségi állapot			
Az egészségi állapot önértékelése*	2,92 (,817)	2,71 (,761)	2,46 (,749)
A tevékenységkorlátozottság átlagértéke*	1,49 (1,959)	0,93 (1,698)	0,62 (1,347)
Az idült betegségek átlagértéke*	3,7 (2,792)	3,0 (2,519)	2,64 (2,577)
Munka és anyagi körülmények			
Foglalkoztatott*	0,19 (,392)	0,47 (,499)	0,60 (,490)
Nem foglalkoztatott (nem egészségi ok miatt)*	0,61 (,488)	0,34 (,473)	0,31 (,463)
Nem foglalkoztatott (egészségi ok miatt – rokkant)*	0,20 (,401)	0,19 (,396)	0,09 (,286)
1 főre jutó havi jövedelem*	5,403 (2,068)	5,155 (2,078)	3,468 (2,220)
Anyagi gondok*	2,57 (1,105)	2,67 (,994)	2,54 (1,000)
Pszichoszociális erőforrások			
Életirányítási képesség*	8,35 (2,376)	7,86 (2,265)	7,29 (2,297)
Szociális támogatás*	0,70 (,845)	0,64 (,861)	0,5 (,778)
Egészséges életstílus			
Testedzés*	4,80 (,698)	4,73 (,754)	4,44 (1,010)
Dohányzás*	0,84 (,892)	0,98 (,888)	0,76 (,852)
Nem iszik*	0,34 (,475)	0,23 (,423)	0,17 (,381)
Ritkán iszik*	0,30 (,460)	0,27 (,446)	0,34 (,475)
Mértékletesen iszik*	0,12 (,328)	0,18 (,389)	0,24 (,428)
Gyakran iszik ^{ns}	0,14 (,348)	0,20 (,399)	0,19 (,396)
Nagyon gyakran iszik*	0,09 (,285)	0,11 (,309)	0,04 (,206)
Kimerültség gyakorisága*	2,95 (1,062)	2,95 (1,003)	2,73 (,987)
Sovány ^{ns}	0,08 (,273)	0,11 (,318)	0,11 (,319)
Normál testsúly*	0,34 (,477)	0,47 (,499)	0,48 (,500)
Túlsúlyos*	0,37 (,484)	0,31 (,461)	0,31 (,464)
Kövér*	0,20 (,396)	0,11 (,312)	0,08 (,280)
Preventív célú orvoshoz fordulás gyakorisága *	1,90 (1,284)	2,05 (1,322)	1,76 (1,160)

*Az iskolai végzettségű csoportok szignifikánsan különböznek ($p < .05$); ns.=nem szignifikáns.

Megjegyzés: N=2078; SD. zárójelben.

8.4 Az iskolai végzettség és az egészségi állapot összefüggését magyarázó tényezők

A Ross és Wu által kidolgozott modell célja az volt, hogy segítse megérteni, miért van az iskolai végzettség és az egészségi állapot között szoros kapcsolat, milyen változócsoporthoz és milyen súllyal játszanak szerepet az összefüggésben. A modell hazai adaptációját az 1988/89-es adatokon alkalmaztuk (Tahin, Jeges és Lampek 2000a, b). A többszörös lineáris regressziós eredményeink jelentős mértékben hasonlítottak a Ross és Wu (1995) tanulmányában ismertettekhez. A különböző változócsoporthoz tartalmazó modellek determinációs együtthatói 1-2 %-os eltéréssel azonosnak adódtak, a modellben szereplő változók parciális regressziós együtthatói és ezek relatív súlya is sok hasonlatosságot mutatott; a különbségek elemzése ugyanakkor hazai viszonyaink sajátosságaira is felhívták a figyelmet. Így pl. az egészség önértékelésében a „nem” nálunk erősen szignifikáns tényező maradt 1988/89-ben és 1997-ben is a legtöbb független változót tartalmazó modellben; és több függő változó esetén mutatkozott szignifikáns tényezőnek a szociális támogatottság is. Ez arra utal, hogy a nemek közötti egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek nálunk nagyobb súlyúak voltak – bár a 2003-ban végzett követésnél ezt már nem tapasztaltuk -, és a szociális támogatottság, illetve ennek hiánya fontos tényező az egészségi állapot befolyásolásában. Az iskolai végzettségnek az egészségi állapotban játszott szerepéért felelős tényezőcsoporthoz szignifikanciája viszont – az egymásnak megfeleltethető tényezők vonatkozásában – szinte teljesen azonosnak adódott. Ha a modell különböző társadalmi-gazdasági környezetben élők körében ennyire „stabil”, felmerül a kérdés, vajon viszonylag azonos körülmények esetén mennyire időtálló?

Követéses vizsgálatunk lehetővé tette, hogy megvizsgáljam, vajon az az összefüggésláncolat, amelyet az iskolai végzettség egészségi állapotra gyakorolt hatásának elemzése során az 1988/89-es adatok alapján feltártunk, 15 év elteltével is érvényes-e. Jóllehet az egyes változók tartalma többé-kevésbé módosulhatott, s ennek hatása lehet a modellparaméterek értékeire, ha a modellel kapott eredmények általános érvényűek, a változók szignifikanciájának nem szabad döntően megváltozniuk. A keresztmetszeti elemzést tehát az 1997/98-as és a 2003-as adatokkal is megismételtük. Figyelembe kellett vennünk azonban, hogy a követettek mintája már nem tartalmazza az időközben meghaltakat, illetve a válaszmegtagadókat és a nem elérhetőket. A modellek

összehasonlítása szempontjából ezért korrektebb, ha nem az 1988/89-es teljes mintával dolgozunk, hanem leszűkítjük azt a követettek mintájára.

Az elemzés stratégiája, amelyet tehát most megismételtem a követett minta 1988/89-es, 1997/98-as és 2003-as adataival is, a következő volt: mindegyik függő változó esetében a megfelelő időpontban mért független változócsoportokat blokkonként vittem be a regressziós modellbe az alábbi sorrendben: *1. modell*: 1. blokk: *szociodemográfiai tényezők* (nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség); *2. modell*: 1. blokk + 2. blokk: *munka- és anyagi körülmények* (foglalkoztatottság, jövedelem, anyagi gondok); *3. modell*: 1. blokk + 2. blokk + 3. blokk: *pszichoszociális erőforrások* (életirányítási képesség, szociális támogatás); *4. modell*: 1. blokk + 2. blokk + 3. blokk + 4. blokk: *életstílus* (aktív pihenés (testedzés), dohányzás, alkoholfogyasztás, testi-lelki kimerültség érzés gyakorisága, testsúly, preventív célú orvoshoz fordulás).

Minden új blokk beléptetése után megvizsgáltam, hogyan változott a többszörös determinációs együttható és hány százalékkal csökkent az első modellhez viszonyítva az iskolai végzettség parciális regressziós együtthatója. Ez utóbbi változás mértéke azt mutatja meg, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti összefüggés mekkora hányada tulajdonítható az újonnan bevitt változók együttes hatásának (13. és 14. táblázat).

Az életkor és az iskolai végzettség az 1. modell szerint valamennyi függő változó esetén erősen szignifikáns tényezőnek mutatkozott mind az 1988/89-es, az 1997/98-as, mind a 2003-as adatok alapján. Az életkor növekedésével természetesen rosszabbodik az egészségi állapot, növekednek a tevékenységkorlátozottságok, a magasabb iskolai végzettséghez viszont általánosságban jobb egészségi állapot társul. A nemek egészségi állapotának eltérése (a nők általában rosszabb egészségi állapotról, több idült betegségről, stb. számolnak be) háttérben gyakran a nemek eltérő iskolázottságának a hatása nyilvánul meg. Ezt bizonyítja, hogy az iskolai végzettség és az életkor kontrollja mellett (1. modell) a nem regressziós együtthatója általában szignifikánsan csökkent. Fontosnak tartom azonban újra kiemelni, hogy a 2003-as vizsgálatban a nemek közti különbségek a magas iskolai végzettségű csoportban összeszűkültek, sok esetben éppen a nők számoltak be jobb egészségi állapotról. Ezt a változást támasztja alá az is, hogy a legutóbbi felmérés adataiból készített többváltozós elemzések már nem mutattak ki a nemek között szignifikáns eltérést.

A családi állapotnak irodalmi adatok szerint szintén van hatása az egészségi állapotra, mintánkban ezt csak az 1997/98-as vizsgálat egészségi állapot önértékelésének modellje igazolta.

Az újabb és újabb változócsoporthoz modellbe léptetése (2., 3., 4. modell) során meghatározott többszörös determinációs együtthatók alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy valamennyi változócsoporthoz a legjelentősebben az egészség önértékelésével, másodsorban a tevékenységkorlátozottsággal van kapcsolatban, majd ezeket követően az idült betegségek számával. Ez a sorrend mindhárom időpontban érvényes. A magyarázó változócsoporthoz nem játszanak teljesen azonos szerepet az egészségi állapot jellemzésére választott függő változók alakulásában. Ez érthető, hiszen a különböző függő változók az egészségi állapot más-más dimenzióját állítják előtérbe.

Most kissé részletesebben az egészség önértékelésével és az egészségi ok miatti tartós tevékenységkorlátozottsággal foglalkozom.

A 2. modell alapján mindkét – függő – változó esetében a foglalkoztatottság pozitív hatását kell kiemelnem, amely az egyik legjelentősebb tényező az egész modellben. A foglalkoztatottság szerepét még hangsúlyosabbá teszi, ha figyelembe vesszük, hogy a modellben nem szerepelnek a rokkant nyugdíjasok, így az egészségi problémák halmozódása miatti szelekciós hatás nem érvényesülhet a nem foglalkoztatottak csoportjában.

Az anyagi körülményeket jellemző két változó, a háztartásban 1 főre jutó átlagos jövedelem és az anyagi gondok előfordulásának gyakorisága volt. A jövedelmi adatok – hasonlóan más szociológiai vizsgálatokhoz – nem egyértelműen megbízhatóak (ennél a kérdésnél volt kiemelkedően magas a válaszmegtagadás aránya), így nem véletlen, hogy bár az irodalomból ismert a jövedelmi, vagyoni helyzet és az egészségi állapot összefüggése, kutatásunk ezt nem minden esetben tudta az adatok alapján igazolni. Annál „beszédesebbnek” mutatkozott a háztartásban előforduló megélhetési gondok gyakorisága, jelezvén negatív hatását az egészségi állapot alakulására. Ez a változó mindhárom vizsgálati ciklusban az egészségi állapot önértékelésénél és a tevékenységkorlátozottságnál is jelentős hatásúnak bizonyult, sőt szerepe folyamatosan nőtt. A legutóbbi vizsgálatban – szemben az 1988/89-es és 1997/98 évi kutatással – az életstílus változók mellett is megmaradt a tényező szignifikanciája a 4. modellben, vagyis ezek sem tudták kiváltani magyarázó erejét.

A 3. modellben a pszichoszociális erőforrások szerepét vizsgáltam. A magasabb szintű személyes kontroll, az életirányítási képesség érzete egyértelműen kedvezőnek bizonyult az egészségi állapot minden mutatójában. Azt látom igazoltnak, hogy a mindennapi teendőkben való jártasság, az általunk és velünk történő események alakíthatóságának tapasztalata az egészségi állapot területén is magabiztosságot teremthet, az egészség megtartása, a betegségekkel való megküzdés folyamata sajátos döntési helyzeteket, felelősséget teremt, melyben nem a kiszolgáltatottságot, vagy a sorsszerűséget érezhetjük, hanem éppen az aktív cselekvési lehetőségeket.

A társas támogatás szerepe az egészségi állapot önértékelésében jelentős változáson ment keresztül eredményeink alapján. Az alapvizsgálathoz és az 1997/98-as vizsgálathoz képest a szociális kapcsolatok ereje felerősödött. A társas támogatás direkt hatása megnyilvánulhat közvetlen módon pl. abban, hogy a társas kohézió hatására veszünk fel vagy hagyunk el bizonyos egészséget támogató vagy éppen károsító szokásokat, de közvetetten is, hiszen a másokhoz való tartozás, a másokért érzett felelősség a „puffer-hatás” révén semlegesítheti, elviselhetőbbé teheti a betegségek vagy más pszichoszociális stresszhatás okozta problémákat (Kaplan, Cassel, Gore 1977). Kutatásainkban egyértelműen igazolódott, hogy a társas kapcsolatok fontos pszichoszociális tényezők, és valószínűleg az életkor előrehaladtával egyre határozottabb szerepet töltenek be az emberek életében az egészségi állapot kapcsán.

A 4. modell elsősorban az életstílus változócsoport hatásának feltárására irányult. Az aktív pihenés (testedzés) az egészség önértékelésére kedvezően, míg a dohányzás negatívan hat (ez utóbbi azonban csak az első vizsgálatban volt kimutatható). Továbbmenve, az életmódot meghatározó mutatók közül a testi, lelki kimerültség, a testsúly és bizonyos alkoholfogyasztási szokások eredményeztek még jelentős hatást az egészségi állapot illetve a tevékenységkorlátozottság terén. Így az alkoholfogyasztás káros vagy kedvező hatását nem tudtuk igazolni több ivási kategóriában sem. Megjegyzem azonban, hogy a teljes, 3408 fős mintában a mértékletes alkoholfogyasztás pozitív hatásának bizonyult, ami egybevág a szívbetegségekkel, az agyvérzéssel, illetve a magasvérnyomással kapcsolatos külföldi vizsgálatok eredményével (Gaziano et al. 1993; Gill, Zezulka, Shipley, Gill és Beevers 1986; Stampfer, Colditz, Willet, Speizer és Hennekens 1988). A követett mintából – a halálokok tanulmányozása alapján joggal feltételezhető – éppen e betegségek valamelyikében meghaltak hiányoznak, s ezért nem mutatható ki e relatíve gyenge kapcsolat. (Lehetséges, hogy a dohányzás kedvezőtlen

hatása is ugyanezért nem volt egyértelműen igazolható.) Figyelmet érdemel, hogy a preventív célú orvoshoz fordulás az első vizsgálatban sem az egészség önértékelésében, sem a tevékenységkorlátozottság mértékében nem játszott szerepet.

Az iskolai végzettség hatása az egészségi állapotra az első felméréshez képest – a modell parciális regressziós együtthatói (B) szerint – felerősödött az egészségi állapot és a tevékenységkorlátozottság esetében is. Ha összehasonlítjuk, hogy a három vizsgálat idején milyen szerepet játszottak az iskolai végzettség hatásának kiváltásában a modellben szereplő különböző változócsoporthoz az egészségi állapot önértékelése, illetve a tevékenységkorlátozottság közti összefüggésben, akkor azt tapasztaljuk, hogy az egészségi állapot esetében az anyagi és foglalkoztatást mérő változók szerepe 1997/98-ban volt a legerősebb. Ugyanis míg az első felmérés idején az iskolai végzettség és az egészség önértékelése közti kapcsolat mintegy 21%-a volt tulajdonítható a 2. modellben szereplő változóknak, addig 1997/98-as felmérésben 55%-a, 2003-ban pedig 42 %-a. Ugyanez az érték a tevékenységkorlátozottság vonatkozásában 48 %-ról 1997/98-ban 60%-ra, 2003-ban 68%-ra emelkedett, vagyis itt a mediátorok szerepe folyamatosan nőtt. A társadalmi folyamatokból ismert, hogy az elmúlt másfél évtized társadalmi-gazdasági változásai a foglalkoztatottságot illetően elsősorban az alacsony iskolai végzettségűeket érintette kedvezőtlenül. A munkanélküliek, kényszernyugdíjasok anyagi gondjai nyilvánvalóan súlyosabban jelentkezik, s ezek a problémák éreztetik hatásukat az egészségi állapot alakulásában, melyet legkifejezettebben az egészség önértékelésén keresztül mérhettünk le.

A pszichoszociális erőforrások – együttesen a megelőző modell változóival - az iskolai végzettség hatásából az egészség önértékelése esetén 1988/89-ben 37%-ot, 1997/98-ban 63%-ot, 2003-ban 54 %-ot váltottak ki. A tevékenységkorlátozottságnál az értékek 1988/89-ben 60%, 1997/98-ban 67%, 2003-ban 79%. A pszichoszociális források mediátor szerepe - ha kisebb mértékben is, mint az anyagi életkörülményeké – növekedett az alapvizsgálathoz képest, hatása jelentősebbé vált, különösen a tevékenységeikben korlátozottak körében.

A keresztmetszeti vizsgálatok eredményeinek összefoglalásaképp megállapítható, hogy a Ross és Wu féle modell mindhárom időpontban érvényesnek tartható magyarországi viszonyok között is, abban az értelemben, hogy a modellben szereplő változócsoporthoz az egészségi állapot és az iskolai végzettség közti kapcsolat nagy részét „megmagyarázzák”. A követett mintán 1988/89-ban az iskolai végzettség parciális

regressziós együtthatója a végső modell alapján az egészség önértékelésében 50%-kal, tevékenységkorlátozottságban 65%-kal csökkent, míg 1997/98-ban ugyanezek az értékek 80%, illetve 74%, 2003-ban 70% illetve 92%. Következésképpen az egészségi állapot és az iskolai végzettség közti összefüggést a harmadik felmérés idején 1997/98-hez képest kevésbé, de 1988/89-hez képest erőteljesebben magyarázták meg a vizsgálatba vont változócsoporthoz. A tevékenységkorlátozottság esetében azonban minden újabb vizsgálat egyre határozottabb összefüggést mutatott a felhasznált változókkal, a Ross és Wu modell tehát az idővel nemhogy veszített volna érvényességéből, hanem még további megerősítést nyert. (11. táblázat)

11. táblázat

A parciális regressziós együttható (B) változásának értékei a követett minta 1988/89-es (88), 1997/98-as (97) és 2003-as (03) felmérése alapján

MODELL	Egészségi állapot önértékelése			Tevékenységkorlátozottság		
	B (88)	B (97)	B (03)	B (88)	B (97)	B (03)
1. modell	-	-	-	-	-	-
2. modell	20,0%	55,0%	42,0%	48,0%	60,0%	68,0%
3. modell	37,5%	63,3%	54,0%	60,0%	67,0%	79,0%
4. modell	50,0%	80,0%	70,0%	65,0%	74,0%	92,0%

Megfigyelhető, hogy az 1997/98-as és a 2003-as mintában az egészségi állapot és a vizsgálatba vont változócsoporthoz közötti összefüggések szorosabbak lettek, a többszörös determinációs együtthatók mindegyik függő változóra nézve meghaladják az 1988/89-es megfelelő értékeket. (Pl. az egészség önértékelésében az összes prediktor változót tartalmazó 4. modell esetén 24%-ról 43%-ra illetve 35%-ra nőtt, míg a tevékenységkorlátozottságnál ugyanez az érték 15%-ról 38%-ra illetve 39%-ra.). Ez úgy is értelmezhető, hogy az kedvezőtlenebb iskolai végzettségből származó hátrányok az eltelt időszakban még kedvezőtlenebb helyzetet teremtettek illetve a magasabb iskolázottság, ha nem is jobb, de „kevésbé rossz” életkörülményeket. Ennek pedig nyilvánvaló következménye, hogy az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségei még kifejezettebbé váltak az elmúlt 15 évben. (12. táblázat)

A többszörös determinációs együttható (R^2) értékei a követett minta 1988/89-es (88), 1997/98-as (97) és 2003-as (03) felmérése alapján

MODELL	Egészségi állapot önértékelése			Tevékenységhatárkorlátozottság		
	R^2 (88)	R^2 (97)	R^2 (03)	R^2 (88)	R^2 (97)	R^2 (03)
1. Modell	0,133	0,180	0,100	0,075	0,122	0,095
2. Modell	0,174	0,307	0,226	0,131	0,317	0,280
3. Modell	0,212	0,342	0,259	0,140	0,337	0,302
4. Modell	0,244	0,431	0,353	0,157	0,386	0,392

Hipotézisünk, mely szerint az egyes változóknak, változócsoporthoz az egészségi állapot alakulásában, illetve az iskolai végzettség és az egészségi állapot közti összefüggés magyarázatában játszott szerepe a különböző adatfelvételek idején nem teljesen azonos, az egészség önértékelésének vonatkozásában látszik beigazolódni. A keresztmetszeti vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy az iskolai végzettség hatása felerősödött, amiben elsősorban a foglalkoztatottság, az anyagi helyzet és a társas támogatás változók súlyának megnövekedése játszik szerepet. A tevékenységhatárkorlátozottság vonatkozásában a modellparaméterek sokkal kisebb mértékben változtak, gyakorlatilag a konfidencia intervallumon belül maradtak. E megállapítások igazolására, statisztikai vizsgálatára azonban a keresztmetszeti megközelítés már nem elegendő, ezért a továbbiakban magának a változásnak az elemzése a feladat.

**Az egészség önértékelésének regressziós modelljei a követett minta 1988/89-es (88),
1997/98-as (97) és 2003-as (03) felmérések alapján**

MODELL	B (88)	B (97)	B (03)	Béta (88)	Béta (97)	Béta (03)	Szign. (88)	Szign. (97)	Szign. (03)
1. Modell									
Konstans	1,387	1,294	1,702				0,000	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,040	0,060	0,052	0,152	0,230	0,193	0,000	0,000	0,000
Nem	-0,141	-0,070	0,038	-0,089	-0,046	-0,024	0,000	0,016	0,312
Életkor	0,020	0,021	0,015	0,284	0,305	0,208	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	-0,046	-0,013	0,053	-0,025	-0,007	0,030	0,202	0,700	0,200
2. Modell									
Konstans	1,632	1,360	1,662				0,000	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,032	0,027	0,030	0,120	0,103	0,109	0,000	0,000	0,000
Nem	-0,125	-0,108	-0,062	-0,079	-0,070	-0,039	0,000	0,000	0,075
Életkor	0,019	0,016	0,015	0,266	0,235	0,206	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	-0,030	0,073	0,004	-0,017	0,040	0,002	0,392	0,027	0,928
Jövedelem	-0,003	0,036	0,014	-0,007	0,075	0,033	0,742	0,001	0,206
Foglalkoztatott	-0,356	-0,314	-0,301	-0,264	-0,377	-0,346	0,000	0,000	0,000
Nem foglalkoztatott	0,586	0,428	0,417	0,244	0,372	0,380	0,000	0,000	0,000
Anyagi gondok	0,078	0,114	0,128	0,101	0,148	0,166	0,000	0,000	0,000
3. Modell									
Konstans	1,149	0,954	1,410				0,000	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,025	0,022	0,024	0,092	0,085	0,089	0,000	0,000	0,000
Nem	-0,098	-0,100	-0,051	-0,062	-0,065	-0,032	0,001	0,000	0,134
Életkor	0,018	0,017	0,014	0,253	0,239	0,191	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	0,027	0,128	-0,024	0,015	0,071	-0,014	0,434	0,000	0,526
Jövedelem	-0,007	0,027	0,003	-0,014	0,056	0,008	0,490	0,008	0,746
Foglalkoztatott	-0,326	-0,287	-0,287	-0,242	-0,345	-0,330	0,000	0,000	0,000
Nem foglalkoztatott	0,531	0,402	0,393	0,221	0,349	0,358	0,000	0,000	0,000
Anyagi gondok	0,038	0,072	0,097	0,049	0,093	0,126	0,012	0,000	0,000
Életirányítási képesség	0,071	0,064	0,057	0,196	0,201	0,171	0,000	0,000	0,000
Szociális támogatás	0,041	0,020	0,131	0,046	0,023	0,069	0,016	0,204	0,001
4. Modell									
Konstans	0,795	0,616	0,736				0,000	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,020	0,012	0,016	0,076	0,048	0,061	0,000	0,012	0,012
Nem	-0,113	-0,067	0,024	-0,072	-0,043	0,015	0,000	0,009	0,540
Életkor	0,016	0,013	0,013	0,223	0,190	0,183	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	0,030	0,126	-0,004	0,017	0,070	-0,002	0,386	0,000	0,924
Jövedelem	-0,011	0,017	0,003	-0,023	0,035	-0,009	0,255	0,079	0,707
Foglalkoztatott	-0,313	-0,264	-0,295	-0,232	-0,317	-0,339	0,000	0,000	0,000
Nem foglalkoztatott	0,472	0,341	0,353	0,197	0,296	0,322	0,000	0,000	0,000
Anyagi gondok	0,009	0,019	0,076	0,012	0,025	0,098	0,555	0,151	0,000
Életirányítási képesség	0,054	0,028	0,039	0,150	0,088	0,116	0,000	0,000	0,000
Szociális támogatás	0,028	0,011	0,118	0,032	0,012	0,062	0,093	0,457	0,003
Testedzés	0,030	0,042	0,037	0,044	0,067	0,040	0,022	0,000	0,046
Dohányzás	0,035	-0,007	0,024	0,041	-0,008	0,027	0,031	0,623	0,218
Nem iszik	0,009	0,043	0,140	0,007	0,037	0,116	0,792	0,077	0,000
Ritkán iszik	0,028	0,009	-0,004	0,026	0,009	-0,004	0,315	0,669	0,884
Gyakran iszik	-0,031	-0,034	-0,019	-0,029	-0,028	-0,015	0,251	0,182	0,587
Nagyon gyakran iszik	-0,056	-0,025	-0,078	-0,041	-0,018	-0,050	0,184	0,453	0,111
Kimerültség gyakorisága	0,059	0,126	0,166	0,071	0,159	0,216	0,000	0,000	0,000
Testtömeg	0,007	0,006	0,008	0,009	0,008	0,050	0,025	0,019	0,017
Prev. orvoshoz fordulás	0,009	-0,022	-0,007	0,015	-0,038	-0,012	0,395	0,058	0,574

14. táblázat

Az egészségi ok miatti tartós tevékenységkorlátozottság regressziós modelljei a követett minta 1988/89-es (88), 1997/98-as (97) és 2003-as (03) felmérések alapján

MODELL	B (88)	B (97)	B (03)	Béta (88)	Béta (97)	Béta (03)	Szign. (88)	Szign. (97)	Szign. (03)
1. Modell									
Konstans	-0,677	-1,616	-1,141				0,000	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,040	0,111	0,092	0,106	0,199	0,159	0,000	0,000	0,000
Nem	-0,015	0,075	0,034	-0,007	0,010	0,010	0,744	0,246	0,675
Életkor	0,023	0,037	0,037	0,233	0,247	0,237	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	-0,014	-0,072	0,046	-0,005	-0,019	0,012	0,788	0,343	0,603
2. Modell									
Konstans	-0,130	-0,484	-0,782				0,364	0,036	0,002
Iskolai végzettség	0,021	0,044	0,029	0,057	0,079	0,051	0,008	0,000	0,033
Nem	0,027	-0,053	-0,063	0,012	-0,016	-0,019	0,543	0,359	0,380
Életkor	0,019	0,021	0,034	0,195	0,140	0,220	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	0,033	0,056	-0,037	0,013	0,014	-0,010	0,515	0,426	0,646
Jövedelem	0,031	0,001	0,040	0,043	0,001	0,055	0,040	0,958	0,029
Foglalkoztatott	-0,647	-0,973	0,833	-0,339	-0,546	-0,449	0,000	0,000	0,000
Nem foglalkoztatott	1,013	1,317	1,206	0,298	0,534	0,516	0,000	0,000	0,000
Anyagi gondok	0,051	0,183	0,173	0,046	0,111	0,105	0,019	0,000	0,000
3. Modell									
Konstans	-0,474	-1,157	-1,286				0,003	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,016	0,037	0,020	0,043	0,067	0,034	0,044	0,001	0,040
Nem	0,046	-0,037	-0,030	0,020	-0,011	-0,009	0,306	0,521	0,675
Életkor	0,019	0,022	0,032	0,189	0,146	0,210	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	0,073	0,124	-0,086	0,028	0,032	-0,023	0,157	0,076	0,278
Jövedelem	0,029	-0,012	0,025	0,040	-0,012	0,033	0,057	0,578	0,178
Foglalkoztatott	-0,626	-0,927	-0,810	-0,328	-0,521	-0,437	0,000	0,000	0,000
Nem foglalkoztatott	0,974	1,272	1,170	0,287	0,516	0,501	0,000	0,000	0,000
Anyagi gondok	0,023	0,116	0,114	0,021	0,071	0,069	0,312	0,000	0,001
Életirányítási képesség	0,050	0,109	0,116	0,099	0,160	0,162	0,000	0,000	0,000
Szociális támogatás	0,024	-0,048	-0,050	0,019	-0,025	-0,012	0,338	0,159	0,548
4. Modell									
Konstans	-0,659	-1,139	-2,646				0,000	0,000	0,000
Iskolai végzettség	0,014	0,029	0,007	0,048	0,053	0,012	0,029	0,007	0,084
Nem	0,024	0,034	0,149	0,011	0,010	0,044	0,589	0,550	0,065
Életkor	0,017	0,015	0,030	0,168	0,104	0,206	0,000	0,000	0,000
Családi állapot	0,094	0,124	-0,067	0,037	0,032	-0,018	0,070	0,069	0,387
Jövedelem	0,026	-0,023	0,012	0,036	-0,022	0,016	0,089	0,279	0,499
Foglalkoztatott	-0,600	-0,898	-0,810	-0,315	-0,504	-0,436	0,000	0,000	0,000
Nem foglalkoztatott	0,903	1,181	1,091	0,266	0,479	0,467	0,000	0,000	0,000
Anyagi gondok	-0,004	0,040	0,081	-0,003	0,024	0,050	0,868	0,181	0,023
Életirányítási képesség	0,036	0,053	0,087	0,071	0,077	0,122	0,001	0,000	0,000
Szociális támogatás	0,015	-0,052	-0,090	0,012	-0,028	-0,022	0,562	0,112	0,272
Testedzés	-0,015	-0,013	0,056	-0,016	-0,010	0,029	0,440	0,560	0,151
Dohányzás	0,028	-0,060	0,041	0,023	-0,032	0,022	0,243	0,069	0,311
Nem iszik	0,052	-0,024	0,380	0,030	-0,009	0,147	0,308	0,663	0,000
Ritkán iszik	0,076	0,078	-0,019	0,049	0,034	-0,008	0,069	0,105	0,760
Gyakran iszik	-0,055	-0,061	-0,204	-0,037	-0,024	-0,072	0,174	0,279	0,006
Nagyon gyakran iszik	-0,135	-0,056	-0,186	-0,069	-0,019	-0,055	0,034	0,453	0,051
Kimerültség gyakorisága	0,044	0,228	0,257	0,038	0,135	0,157	0,055	0,000	0,000
Testtömeg	0,019	0,037	0,021	0,015	0,045	0,063	0,094	0,021	0,002
Prev.orvoshoz fordulás	-0,012	-0,050	0,014	-0,015	-0,039	0,011	0,446	0,018	0,500

8.5 Az egészségi állapot változását leíró modell

Az egészségi állapot elmúlt időszak alatti megváltozására ható tényezők longitudinális vizsgálatához, szintén a többszörös regresszió analízis módszerét választottam. Feltételezem, hogy a változás, azaz a megfelelő egészségi állapot-indikátorok két időpontban mért értékeinek különbsége az iskolai végzettség és – a keresztmetszeti modellben alkalmazott – három magyarázó változócsoport függvénye, kontrollváltozóként pedig mindegyik modellben szerepeltettem az 1988/89-es felvételnél mért megfelelő egészségi állapot-indikátort. A modell az egészség önértékelésére és a tevékenységkorlátozottságra felírva a következő:

$$(\text{önért}^*_{.2003} - \text{önért}_{.1988/89}) = b_0 + b_1 \text{ iskolai végzettség} + b_2 \text{ önért}_{.1988/89} + \sum_{i=3}^k b_i X_{i1988/89}$$

*önért.= az egészségi állapot önértékelése

$$(\text{tevkor}^*_{.2003} - \text{tevkor}_{.1988/89}) = b_0 + b_1 \text{ iskolai végzettség} + b_2 \text{ tevkor}_{.1988/89} + \sum_{i=3}^k b_i X_{i1988/89}$$

*tevko.= a tevékenységkorlátozottság mértéke

A 15. táblázatban az összes magyarázó változót tartalmazó modell (4. modell) parciális regressziós együtthatóit és szignifikancia vizsgálatuk eredményét mutatom be.

Ebben az esetben csak az alapvizsgálat és a 2003-as kutatási ciklus eredményeit foglalom össze a táblázatba. Teszem ezt azért, mert az iskolai végzettség és mediátor tényezői valamint az egészségi állapot kapcsolatának változásait a rendelkezésemre álló leghosszabb idő alapján szeretném bemutatni. A részletes adatbemutatás nélkül is hangsúlyozni szeretném, hogy már a 10 éves követés is jelezte a bizonyítani kívánt hatásokat, de a 15 éves eredmények még markánsabbá tették az egyes tényezők szerepét.

**Az egészség önértékelése, ill. a tevékenységkorlátozottság változását
befolyásoló tényezők (1988/89 – 2003)**

Az egészség önértékelése, ill. a tevékenységkorlátozottság változását befolyásoló tényezők	Függő változó önért. ₂₀₀₃ – önért. _{1988/89}			Függő változó tev.korl. ₂₀₀₃ – tev.korl. _{1988/89}		
	B	Béta	Szign.-szint	B	Béta	Szign.-szint
Konstans	0,547		0,002	-0,184		0,020
Önértékelés/Tev.korl. 1988/89	-0,819	-0,713	0,000	-0,321	-0,442	0,000
Iskolai végzettség	0,015	0,048	0,023	0,004	0,030	0,213
Nem	0,049	0,027	0,196	0,053	0,074	0,002
Életkor	0,010	0,121	0,000	0,003	0,093	0,001
Családi állapot	-0,001	-0,001	0,974	-0,025	-0,031	0,140
Jövedelem	-0,002	-0,006	0,771	-0,006	-0,035	0,152
Foglalkoztatott	-0,269	-0,272	0,000	-0,131	-0,328	0,000
Nem foglalkoztatott	0,326	0,262	0,000	0,173	0,346	0,000
Anyagi gondok	0,065	0,074	0,000	0,003	0,008	0,728
Életirányítási képesség	0,037	0,097	0,000	0,017	0,115	0,000
Társas támogatottság	0,106	0,049	0,006	-0,022	-0,025	0,211
Testedzés	0,035	0,034	0,049	0,019	0,045	0,027
Dohányzás	0,015	0,015	0,441	-0,004	-0,009	0,681
Nem iszik	0,121	0,088	0,000	0,042	0,076	0,005
Ritkán iszik	-0,011	-0,009	0,702	0,019	0,036	0,169
Gyakran iszik	-0,001	-0,001	0,979	-0,028	-0,046	0,051
Nagyon gyakran iszik	-0,080	-0,047	0,084	-0,025	-0,034	0,266
Kimerültség	0,154	0,177	0,000	0,033	0,095	0,000
Testtömeg	0,007	0,039	0,029	0,004	0,053	0,009
Prev. célú orvoshoz fordulás	-0,004	-0,005	0,777	-0,002	-0,007	0,728

Az egészségromlás mértékét a növekvő életkor és az alacsonyabb iskolai végzettség befolyásolták a legerősebben, de 2003-ra szignifikáns tényezőknek mutatkoztak az egészség önértékelésének negatív irányú változásában a foglalkoztatottság megszűnése, az anyagi gondok gyakori jelenléte, mindkét pszichoszociális tényező hiánya vagy alacsony szintje (életirányítási képesség és a társas támogatás), az életstílus-csoportból pedig a testedzés elmaradása, a testi-lelki kimerültség és a túlsúly is. A tevékenységkorlátozottság kedvezőtlen alakulása esetében - több, már említett változó mellett - a túlzott mértékű alkoholfogyasztásnak bizonyult jelentős hatása. Ezen tényezők többsége szignifikáns volt az „aktuális” egészségi állapot megítélésében is. Hatásuk tehát jellemző egy már kialakult helyzetre, de ami ennél fontosabb, előrevetítik a jövőbeli állapotot is, hiszen magának a változás mértékének a becsléséhez is támpontot adnak.

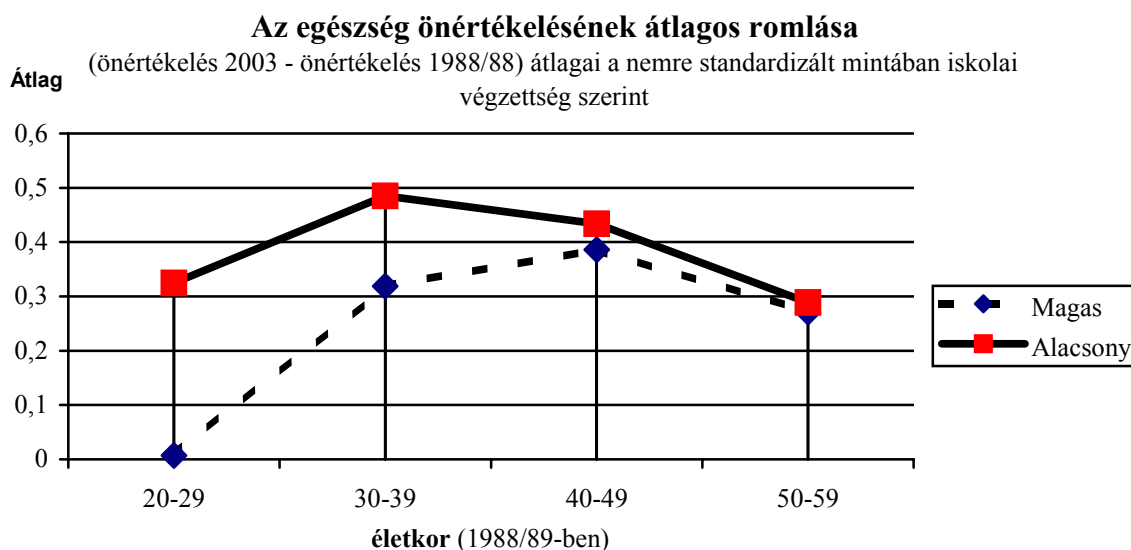
A longitudinális és a keresztmetszeti vizsgálat összehasonlítása alapján beigazolódott – amire a keresztmetszeti vizsgálat alapján már lehetett következtetni –, hogy az iskolai

végzettség hatása hasonlóan jelentős az egészségi állapot változására, mint az aktuális helyzetre. (A standardizált parciális regressziós együttható végső értéke az 67%, illetve a tevékenységkorlátozottságnál 74%). Ugyanakkor, 1988/89-es vizsgálathoz képest a nem szerepe csökkent, sőt az egészség önértékelésében már egyetlen esetben sem volt szignifikáns. Az iskolai végzettség hatásának erősödése tehát mintegy ennek rovására történt, ami úgy is értelmezhető, hogy a nem egészségi állapottal való összefüggéséért is végső soron az iskolai végzettség a „felelős”.

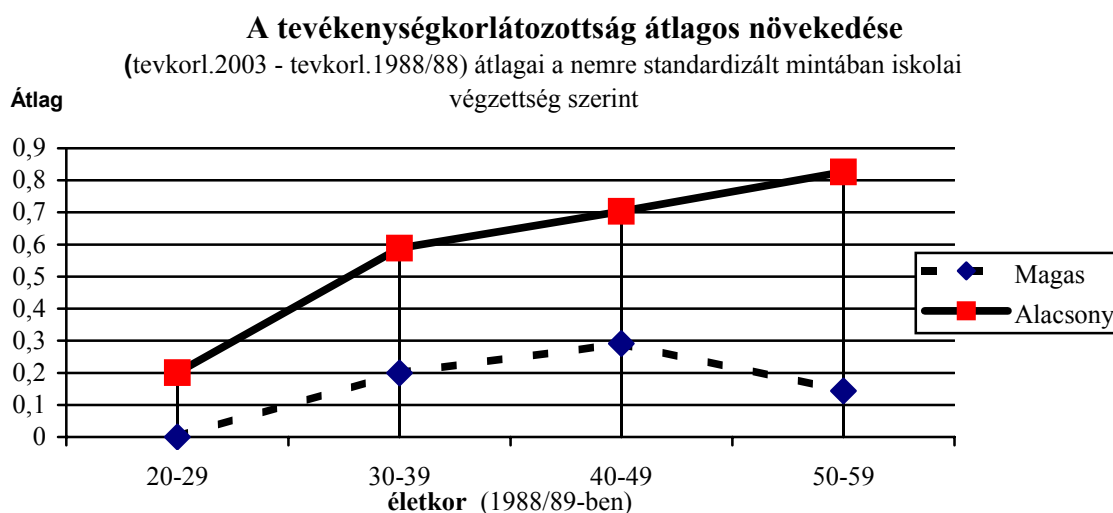
Figyelemre méltó, hogy a befolyásoló tényezők többszörös determinációs együtthatója az egészségi állapot önértékelésének keresztmetszeti vizsgálatában 2003-ban 35,3%, míg a longitudinálisban 48,5%, a tevékenységkorlátozottságnál 39,25 és 33,4%. Azaz a bevitt magyarázó változók együttesen éppúgy meghatározzák a függő változó alakulását a longitudinális, mint a keresztmetszeti vizsgálatban.

A 11. és 12. ábra az iskolai végzettség jelentőségét szemlélteti az egészség önértékelés, illetve a tevékenységkorlátozottság változására az életkor függvényében a nemre standardizált mintán. Mivel a nemek között összességében nem mutatható ki különbség, azonban a fiatalabb korcsoportokban a férfiak egészségi állapotának önértékelése relatíve nagyobb mértékben rosszabbodott, ezért volt célszerű a mintát standardizálni.

11. ábra



12. ábra



Az egészség önértékelésének változása a legidősebbek körében a legkisebb. Ennek részben az ún. plafon-effektus a magyarázata, azaz az egészség önértékelése ebben a korosztályban már az előző vizsgálatban is a „plafon” közelében volt, további romlás tehát már nem mérhető. A tevékenységkorlátozottságok számának maximumát viszont a korábbi vizsgálatban még kevesen közelítették meg (mindössze összesen 6 esetben fordult elő 6, illetve egy esetben a maximális 7-es érték), így érthető, hogy ez a szám még tovább növekedhetett. Az egészségi állapot romlása a tevékenységkorlátozottságok számának növekedésével mérve is súlyosabban érinti az alacsonyabb, mint a magasabb iskolai végzettségűeket.

A 11. ábráról az is leolvasható hogy az egészség önértékelése változásának iskolai végzettség szerinti különbségei elsősorban a fiatalabb korcsoportokban fokozódtak. E jelenség magyarázata egyrészt a már említett plafon-effektus, másrészt elképzelhető, hogy pl. az alacsonyabb iskolai végzettségűeket nagyobb arányban érinti munkahelyük elvesztése, illetve ennek lehetősége, a fiatalabbak körében pedig a kilátástalan jövő feltehetően nagyobb traumát jelent, mint a nyugdíjkor küszöbén állókéban, s ennek hatása elsősorban az egészség önértékelésében csapódik le, illetve az egészségi állapot tényleges megromlásához vezethet. E hipotézis vizsgálatához azonban további részletesebb elemzések szükségesek.

A 12. ábra a tevékenységkorlátozottság vonatkozásában szemlélteti az iskolai végzettség egészségi állapotot differenciáló hatását. Jól látható, hogy az életkor függvényében a két vonal divergál, azaz az életkorral a különbségek nőnek. Ez az

eredmény nem meglepő, hiszen külföldi vizsgálatok szerint is az egészségi állapot iskolai végzettségi szintek szerinti előnyei illetve hátrányai az életkorral nőnek. Pl. Ross és Wu (1995) azt találták, hogy az egészségi állapot miatt a fizikai és szociális tevékenységekben való tartós korlátozottság változásában az életkor és az iskolai végzettség interakciója erősen szignifikáns, még azokban a modellekben is, amelyekben az életkor négyzetét szerepeltették, miközben más szocio-demográfiai változókat kontrolláltak. Tehát az életkorral igen gyorsan nőttek az iskolai végzettségi szintekhez társuló egészségi állapotbeli különbségek. Az egészségi állapotváltozás „mérésére”, úgy tűnik, a „tevékenységkorlátozottságok száma” mutató alkalmasabb, tekintve, hogy itt a plafon-effektus kevésbé torzítja az eredményeket.

8.6 A regressziós modellek „jósló” képessége

Azt a hipotézist, mely szerint a lakosság általános egészségi állapotának változása a regressziós modell alkalmazásával előrebecsülhető – ezzel a modell helyességét, valóságosságát is igazolni lehet – úgy kísérlem meg igazolni, hogy a 2003-as adatokat behelyettesítettem az 1988/89-es regressziós egyenletekbe, azaz meghatározom a modellek alapján becsült egészségi állapot-indikátorokat, majd összevetem ezeket a 2003-as felmérésben ténylegesen nyert adatokkal. Az egészség önértékelésének becsült és ténylegesen mért adatait a 16. táblázat mutatja.

16. táblázat

Az egészség önértékelésének átlaga és az átlag konfidencia intervalluma		
1988/89-es tényleges átlag	Az 1988/89-es regressziós modell alapján a 2003-as adatokkal becsült átlag	2003-as tényleges átlag
2,35 (CI*: 2,33; 2,37)	2,61 (CI*: 2,59; 2,64)	2,68 (CI*: 2,64; 2,72)

CI*: konfidencia intervallum

A konfidencia intervallumok alapján jól látszik, hogy 15 év elteltével az általános egészségi állapot jelentős romlása előrebecsülhető volt. Statisztikailag mindenképpen szignifikáns változásra számíthattunk, a tényleges egészségromlás azonban a vártnál is nagyobb mértékű lett. Ez is azt igazolja, hogy az egészségi állapotromlás hátterében elsősorban az elmúlt időszakban végbement társadalmi-gazdasági változások állnak. Elsősorban az alacsony iskolai végzettségű, munkahelyét elvesztő, s már korábban is kevésbé jó egészségi állapottal rendelkezők egészség önértékelése romlott relatíve

nagyobb ütemben. Ha figyelembe vesszük azokat is, akik a két vizsgálat közötti időszakban meghaltak, még kedvezőtlenebb a kép. Hiszen, a „túlélők” viszonylag a jobb egészségi állapotúak köréből kerültek ki.

A tevékenységkorlátozottság alapján is igen nagymértékben romlott az egészségi állapot és ebben az esetben az 1988/89-es modell ebben egészen pontos előrebecslést adott .

17. táblázat

A tevékenységkorlátozottság átlaga és az átlag konfidencia intervalluma		
1988/89-es tényleges átlag	Az 1988/89-es regressziós modell alapján a 2003-as adatokkal becsült átlag	2003-as tényleges átlag
0,49 (CI: 0,47; 0,51)	1,02 (CI: 0,98; 1,07)	0,98 (CI: 0,91; 1,06)

Az egészségi állapot tehát az önértékelés alapján az 1988/89-es adatokra illesztett modellel a becsül adathoz képest, nagyobb mértékben romlott, míg a tevékenységkorlátozottság szerint pontosan olyan mértékben, amellyel várható is volt.

Ez utóbbi eredmény arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészség önértékelése és a tevékenységkorlátozottság az egészségi állapot más-más dimenzióját helyezi előtérbe. Az egészség önértékelése nyilvánvalóan az egészségi állapot sokkal több társadalmi (és szubjektív) összetevőjét tartalmazza, mint a tevékenységkorlátozottság, amely az egészség, mondhatnánk, „objektívebb” mércéje. Az egészség önértékelése ezért feltételezhetően érzékenyebben reagál a társadalmi-gazdasági változásokra, magába foglalva azokat az életérzéseket, melyek a 90-es évektől a magyar társadalomban felerősödni látszottak és amelyek megteremtették az egyre individualizáltabb társadalmi környezetet.

8.7 A mortalitás alakulása és a mortalitást befolyásoló tényezők szerepe

Az idő előtti halálozás kockázati tényezőivel foglalkozó hazai kutatások többnyire aggregált szintű és főként keresztmetszeti vizsgálatokon alapulnak. Ez tulajdonképpen érthető, hiszen a halálozás tanulmányozása követéses vizsgálattal csak akkor lehetséges, ha a megfigyelt mintát a benne szereplők haláláig követjük, ami természetesen sok évtizedes folyamat a lakossági minták esetében.

A nehézségek ellenére mégsem lehet lemondani erről a kutatási típusról, mivel a korai halálozás a népesség általános egészségi állapotának az egyik „legkeményebb” indikátora, gyakran „eredményváltó”, ezért sokkal részletesebb, megbízhatóbb eredményekhez szükséges jutnunk. A halálozással összefüggésbe hozható pszichoszociális és demográfiai tényezők ugyanis bonyolult összefüggés-rendszert alkotnak, és az élettartam folyamán a különböző életszakaszokban hatásuk sem feltétlenül ugyanaz. Az időben változó hatások és kauzális láncolataik tanulmányozásához valamint az idő előtti halálozás okainak jobb megértéséhez a követéses vizsgálatok sokkal több lehetőséget kínálnak.

A 80-as éveket megelőző 30-40 évben az egészségügyi statisztikák, a halálozási mutatók javulását igazolták, de ez a trend a 80-as évektől megfordult. A magyarországi halálozási mutatók elemzésével foglalkozó (legalábbis a 2000-ig megjelent) tanulmányok egyértelműen negatív tendenciákról számoltak be, nemzetközi összehasonlításban és a hazai korábbi állapothoz képest is⁶.

A 80-as évek végétől Magyarországon jelentős makró- és mikroszintű társadalmi változások zajlottak. Ha az elmúlt időszakban (1990-2000 között) kimutatható a társadalmi viszonyok változásának hatása a halálozás alakulására, akkor kérdés, hogy ezek a változások összességükben pozitív vagy negatív irányúak-e? Továbbá egyes megyékben, társadalmi-gazdasági helyzetükben az országos átlaghoz képest eltérő

⁶ Pl.: Kopp Mária – Skrabski Árpád: “Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot” (Demográfia, 2000. 2-3.sz. 252-278.) című cikkében olvasható: “.....az 1980-as évek végére a magyar egészségi mutatók Európában a legrosszabbá váltak, és azóta is csak bizonyos vonatkozásokban, pl. az öngyilkosságok arányának csökkenése tekintetében beszélhetünk javuló tendenciáról; vagy az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program helyzet-bemutatása szerint a keringési rendszer betegségei okozta halálozás mértéke “amíg a nyugat-európai országokban 1970 óta 40-50 %-kal csökkent, addig Magyarországon nőtt ugyanezen idő alatt”.

viszonyokkal rendelkező területeken eltérő tendenciák figyelhetők-e meg? Vajon valóban egyértelműen és napjainkban is folyamatosan romlik Magyarországon a halálozás, mint ahogy ezt az irodalmi adatok, a morbiditási viszonyok alapján jósolhatjuk? Ezek a kérdések késztettek arra, hogy trendanalízis segítségével megvizsgáljam az utolsó 11 éves periódusban (2000-ig) a magyarországi és a Baranya megyei halálozás alakulását.

Ehhez a KSH Demográfiai Évkönyveiben megjelenő halálozási adatokat és a Baranya megyei önkormányzatoknál fellelhető adatbázisokat használtam fel. Az adatok feldolgozásával alapot teremhettem az országos, a megyei és a saját felmérésből származó adatok összehasonlíthatóságára is.

8.7.1 Az országos és a Baranya megyei statisztikák másodelemzésével nyert eredmények összefoglalása

A leggyakoribb betegségi halálokok – a keringésrendszeri, a daganatos, az emésztőrendszeri, a légzőrendszeri betegségek okozta halálozás - szerint a 20 évesnél idősebb populációban, nem és 10 éves korcsoportonként bontásban elemeztem az országos és a Baranya megyei adatokat.

Az országos és a megyei adatok alapján is, mint várható, 1990 és 2000 között az éves mortalitás alakulásában korcsoport- és nemeként jelentős különbségek tapasztalhatók. Ezek a különbségek az egyes haláloki csoportokban eltérő mértékűek és sok esetben eltérő irányúak.

Az országos adatok szerint a 20-29 évesek körében a halálozás a légzőrendszeri betegségek okozta halálozás kivételével mindegyik főcsoportban és mindkét nemben csökkenő tendenciát mutat. Legnagyobb mértékben a nők emésztőrendszeri betegségek okozta, valamint a férfiak keringés- és emésztőrendszeri betegségek okozta halálozása csökkent. A csökkenés mértéke az 1990 évi százalékában rendre 68, 55, illetve 56 %. A 30-39 éves korosztályban a keringésrendszeri és a daganatos betegségek okozta halálozás mindkét nemben, a légzőrendszeri pedig a férfiaknál csökkent szignifikánsan. A csökkenés mértéke jelentős, 28 és 46 % között ingadozik, de összességében véve kisebb, mint az előző korcsoportban. A továbbiakban ez a törvényszerűség folytatódik, azaz az életkor növekedésével egyre kisebb mértékű változás figyelhető meg. A 40-49 éveseknél már csak a keringésrendszeri betegségek okozta halálozás mutat javuló

tendenciát; a férfiaknál és a nőknél is az időszak elejéhez viszonyítva 19 %-os a változás. Ugyanakkor a daganatos betegségek okozta halálozás mindkét nemben romlik, a változás nőknél 14, férfiaknál 11 %-os. Az 50-59 éveseknél a daganatos betegségek okozta halálozás trendje, különösen a nőknél, tovább romlik. E főcsoportban a mortalitás nőknél 12, a férfiaknál 5%-kal nőtt. Viszont a légzőrendszeri halálozás javuló tendenciájú. A változás a nőknél 20, a férfiaknál 36 %-os. A 60-69 évesek korcsoportjában a keringésrendszeri betegségek okozta halálozás javulása mellett a férfiak légzőrendszeri halálozása is javult, 20 %-kal. Romló tendenciát mutat viszont a férfiak daganatos betegségek okozta halálozása, s ez a tendencia a legidősebbek korcsoportjában is folytatódik. A 70-X évesek körében a keringésrendszeri betegségek okozta halálozás 14-15 %-kal és a légzőrendszeri halálozás is hasonló mértékben javult. Az emésztőrendszer betegségei miatti halálozás azonban csak a nőknél csökkent, 1990-hez képest 14 %-kal.

Összességében: a vizsgált 11 évben valamennyi korcsoportban és mindkét nemben - a daganatos betegségek kivételével - a mortalitás vagy javult vagy a véletlen ingadozásoktól eltekintve nem változott. A daganatos betegségek okozta halálozás különösen a 40-59 évesek korosztályában emelkedett, viszont az ezt megelőző korcsoportokban jelentősebb mértékben javult. A daganatos betegségek okozta halálozás tehát későbbi életkorra tolódott.

Az országos és a Baranya megyei adatokon alapuló trendszámítás eredményeit felhasználva korrigáltam a megfigyelés első és utolsó évének mortalitását és kiszámítottam ezek relatív eltérését $(\text{mortalitás}_{2000\text{-ben}} - \text{mortalitás}_{1990\text{-ben}}) * 100 / \text{mortalitás}_{1990\text{-ben}}$ néhány kiemelt betegségi főcsoportban és nemenként (18. és 19. táblázat). A megyében - különösen a fiatalabb korcsoportokban - az alacsony esetszámok miatt kevésbé lehet kimutatni változást. Ha a különbségek előjelére vagyunk csak tekintettel, megállapítható, hogy Baranya megye halálozásának tendenciái, néhány korcsoport kivételével, követik az országosét. Baranya megyében kiemelendő a 40-49 éves nők körében a daganatok miatti és ugyanebben a korcsoportban a férfiak körében az emésztőrendszeri megbetegedések miatti halálozás nagymértékű emelkedése.

A daganatos betegségek miatti halálozás növekedése az országos adatokon a férfiak körében is szignifikáns a 40 év feletti korcsoportokban.

18. táblázat

Nem és korcsoport-specifikus országos adatokon alapuló mortalitás változása főbb halálloki csoportok szerint 1990-2000 között (az 1990 évi százalékában)

Halálloki főcsoport	Nem	20-29 éves	30-39 éves	40-49 éves	50-59 éves	60-69 éves	70-x éves
Keringésrendszeri	Nő	-40,8**	-39,3**	-19,0**	-27,2**	-22,6**	-14,8**
	Férfi	-54,8**	-45,7**	-19,4**	-22,8**	-11,9**	-14,0**
Daganatos	Nő	-34,9**	-28,8**	14,1**	11,6**	2,4	-0,8
	Férfi	-38,4**	-30,3**	10,5**	4,9*	7,8*	6,3*
Légzőrendszeri	Nő	-42,9	-34,0	-25,7	-20,3**	4,4	-23,0**
	Férfi	-30,7	-38,9**	-20,1	-35,9**	-19,8**	-30,5**
Emésztőrendszeri	Nő	-67,6**	-39,9	-0,6	-6,5	-4,1	-13,7*
	Férfi	-56,2**	-29,3	23,9	11,9	7,9	-5,9

(*P<0,05; **P<0,001)

19. táblázat

Nem és korcsoport- specifikus Baranya megyei adatokon alapuló mortalitás változása főbb halálloki csoportok szerint 1990-2000 között (az 1990 évi százalékában)

Halálloki főcsoport	Nem	20-29 éves	30-39 éves	40-49 éves	50-59 éves	60-69 éves	70-79 éves	80-x éves
Keringésrendszeri	Nő	-38,5	-31,0	-24,5**	-31,9**	-31,9**	-22,0**	-4,8
	Férfi	-61,3	-33,0	-12,0	-24,6**	-20,9**	-13,1**	-15,0**
Daganatos	Nő	-43,3	-21,6	26,2**	11,4	-3,2	10,2	26,4**
	Férfi	-61,9**	-34,5	-12,5	6,2	1,5	3,2	24,2
Légzőrendszeri	Nő	-95,0**	-13,1	-31,3	-16,2	-8,9	-35,1**	-6,7
	Férfi	91,7	-50,0**	-41,8	-47,0**	-39,1**	-33,2**	-28,6**
Emésztőrendszeri	Nő	-64,1	-58,8**	-7,2	-13,6	5,5	-28,2**	-1,8
	Férfi	-88,4	-24,5	52,0*	6,6	-9,3	-12,5	-25,2

(*P<0,05; **P<0,001)

A férfiak légzőrendszeri megbetegedések miatti halálozása a 20-29 évesek kivételével Baranya megyében mindegyik korcsoportban jelentősebb mértékben csökkent, mint az országban általánosságban. (Ennek oka feltehetően az, hogy Baranya megyében a szénbányák, a hőerőmű és egyéb levegőszennyezettséget okozó üzemek miatt korábban kiemelkedően magas volt a betegségek miatti halálozás.)

A követett lakosságminta évenkénti mortalitását összehasonlítva Baranya megye megfelelő (kor- és nemspecifikus évenkénti) mortalitási adataival, megállapítható, hogy - bár az adatok igen jelentős ingadozásokat mutatnak - tendenciáiban általában nem

térnek el egymástól jelentősen. (Természetesen figyelembe vettem, hogy a követéses vizsgálat adatai közvetlenül nem hasonlíthatók össze a keresztmetszeti adatokkal.) Ahol eltérést találtam, az életkor-összetétel 10 éves korcsoportokon belüli részletesebb vizsgálata magyarázatot adott annak okára.

A mortalitással kapcsolatos főbb kutatási eredményeink tehát nagy biztonsággal általánosíthatók a megye egészére.

Mind az országos mind a megyei halálozási adatok alapján jelentős különbségek vannak a férfiak és nők halálozási arányaiban. A nemek közti eltérések időbeli változási tendenciáját elemezve (1990-2000 között, a férfi/női halálozási arány alapján), az országos adatok alapján megállapítható, hogy az 50 év alatti korosztályokban a nemek közti különbségek általában nem változtak, kivéve a 30-39 évesek emésztőrendszeri betegségek miatti halálózását. Ebben a haláloki csoportban a nemek közti differencia nőtt, mivel a férfiak körében emelkedett, a nőknél viszont nem változott a meghaltak aránya. Az 50 év feletti korcsoportokban a keringésrendszer betegségei és a daganatok miatti halálozást illetően a nemek halálózása közti differencia nőtt, éspedig a férfiak rovására. A légzőrendszeri betegségek okozta halálózásban éppen ellenkező irányú tendencia figyelhető meg. Ebben a csoportban a nemek közti differencia csökkenésének oka, hogy a férfiak halálózása csökkent, míg a nőké nem változott.

Baranya megyében a halálózás nemek szerinti különbségeinek változási tendenciája -a vizsgált haláloki csoportokban- az országoséhoz hasonló. Az emésztőrendszer betegségei miatti halálózásban a 30-59 évesek körében nőtt a nemek közti különbség; a légzőrendszeri betegségek miatti halálózásban (a 60-69 éves korcsoport kivételével) csökkent; viszont a daganatok okozta halálózásban csak a 60-69 évesek körében lehetett kimutatni különbség-növekedést. Ebben a korcsoportban a férfiak körében jelentősebben emelkedett a daganatok miatt halálózás, mint a nőknél.

8.7.2 A követett lakossági minta mortalitása

8.7.2.1 Nem és korcsoportok szerinti halálozás

Az alapvizsgálatban szereplő 3408 személy közül 2004. jan. 1-ig 358 fő (10,5 %) halt meg. A halálozási arányokat ötéves korcsoport és nem szerinti bontásban mutatom be (20. táblázat). A kutatás eredményei alapján látható, hogy a férfiak 14%-a, a nők 7,3%-a halt meg a 15 év alatt, ami azt jelenti, hogy a férfiak esélye 1988-ban a 2004-es év megélésére csaknem fele (0,52) akkora volt, mint a nőké.

20. táblázat

Az élők és meghaltak arányai korcsoport- és nemeként

(Baranya megyei vizsgálat 1988/89 – 2003)

Korcsoport 1988/89

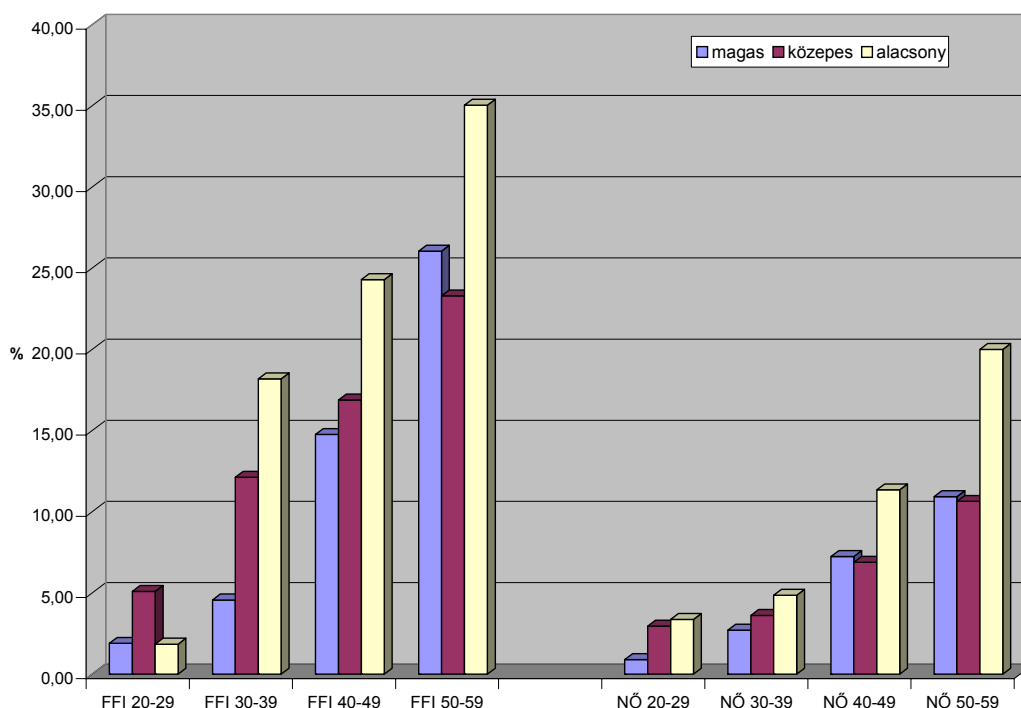
Korcsoport éves	Nem	Él		Meghalt		Összesen	
		fő	%	fő	%	fő	%
20-24	Férfi	226	98,7	3	1,3	229	100
	Nő	232	99,1	2	0,9	234	100
	Összesen	458	98,9	5	1,1	463	100
25-29	Férfi	224	94,1	14	5,9	238	100
	Nő	238	96,7	8	3,3	246	100
	Összesen	462	95,5	22	4,5	484	100
30-34	Férfi	210	93,3	15	6,7	225	100
	Nő	247	96,5	9	3,5	256	100
	Összesen	457	95,0	24	5,0	481	100
35-39	Férfi	185	86,4	29	13,6	214	100
	Nő	238	96,4	9	3,6	247	100
	Összesen	423	91,8	38	8,2	461	100
40-44	Férfi	182	86,3	29	13,7	211	100
	Nő	201	95,3	10	4,7	211	100
	Összesen	383	90,8	39	9,2	422	100
45-49	Férfi	149	77,2	44	22,8	193	100
	Nő	172	86,4	27	13,6	199	100
	Összesen	321	81,9	71	18,1	392	100
50-54	Férfi	145	74,0	51	26,0	196	100
	Nő	175	88,4	23	11,6	198	100
	Összesen	320	81,2	74	18,8	394	100
55-59	Férfi	98	68,5	45	31,5	143	100
	Nő	128	76,2	40	23,8	168	100
	Összesen	226	72,7	85	27,3	311	100
Mindösszesen	Férfi	1419	86,0	230	14,0	1649	100
	Nő	1631	92,7	128	7,3	1759	100
	Összesen	3050	89,5	358	10,5	3408	100

A halálozások életkor és nem szerinti megoszlásából az országos trendet látjuk igazolódni. Az 1988/89-ben 30 évesnél idősebb korosztálytól a férfiak halálozása legalább kétszerese a női mortalitásnak és ez a különbség az akkori 55 éves korosztályig kisebb ingadozásokkal meg is marad. Az iskolai végzettség nem csak az élő népességben eredményezett szignifikáns eltéréseket, hanem a 15 év alatt bekövetkezett halálozás megoszlásában is. Mind a nők, mind a férfiak esetében a nem és életkor

szerint homogén csoportokban az alacsony iskolai végzettségűek mortalitása szignifikánsan magasabb volt, mint a magas iskolázottságúaké, vagyis a Józán Péter által megfogalmazott „halál előtti egyenlőtlenség” a mi kutatásunkban is bebizonyosodott. A halálozás iskolai végzettség szerinti eltéréseit nemenként és korcsoportonként a 13. ábra szemlélteti.

13. ábra

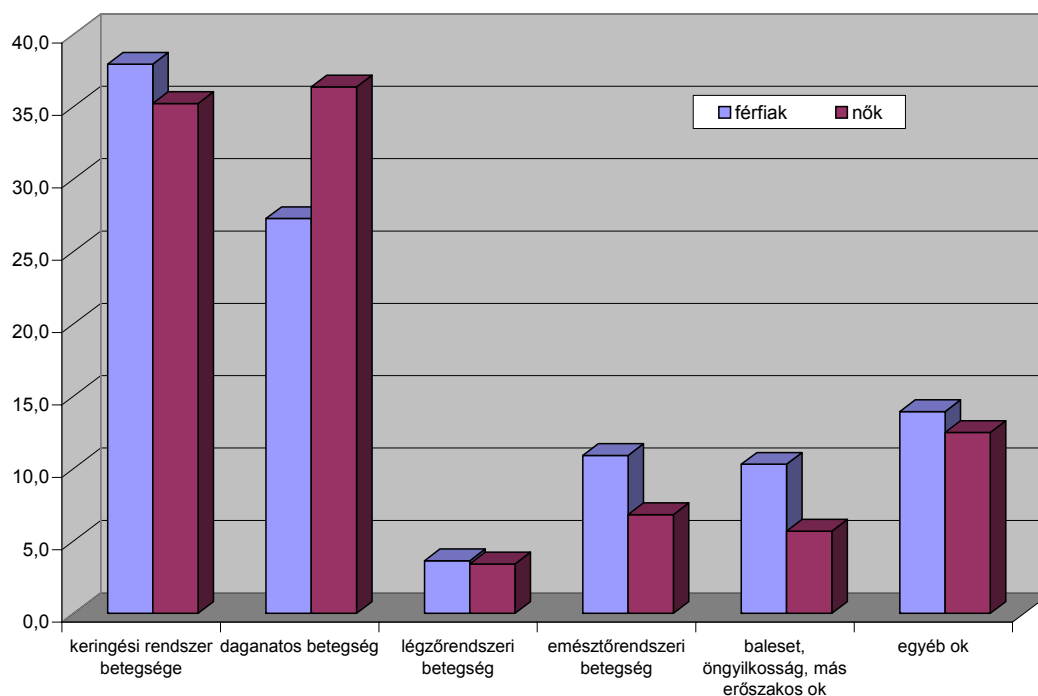
A meghaltak arányai korcsoport, nem és iskolai végzettség szerint
(Baranya megyei vizsgálat 1988/89 – 2003)
(Korcsoport 1988/89)



A halált okozó betegségcsoportokról is sikerült információkat szerezni a korábban megkérdezettek hozzátartozóitól. A 358 halott közül 230 esetében sikerült valamit megtudni a halál okáról, ezek nemek szerinti megoszlását a 14. ábrán mutatom be. A halálokok megoszlása nem teljes mértékben tükrözi az országos vagy megyei adatokat, melynek oka egyrészt a meglehetősen magas arányú információhiány a halálozás körülményeiről, másrészt a halálokokról a hozzátartozók, olykor a szomszédok számoltak be, így nehéz megítélni, hogy a rendelkezésünkre álló információk mennyiben fedik a valóságot. Anélkül, hogy az eredmények alapján messzemenő következtetéseket vonnánk le, mégis érdemes kiemelni, hogy a férfiak halálozása a daganatos megbetegedések kivételével minden csoportban nagyobb arányú, mint a nőké.

14. ábra

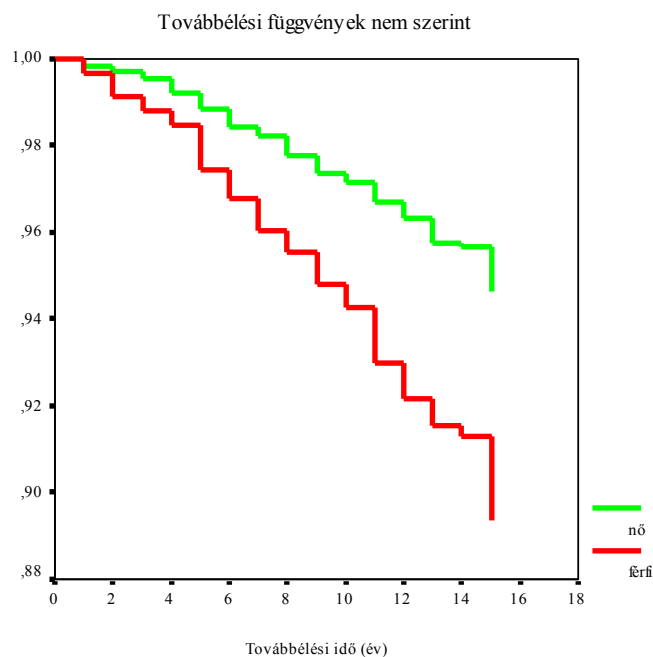
A követett mintában bekövetkezett halálozások okai nemek szerint (%)
(Baranya megyei vizsgálat 1988/89 – 2003)



Ahogy azt már az elemzési stratégiában is jeleztem a halálozási valószínűségek időbeli változását - különböző prediktor változók függvényében - a kumulatív túlélési függvény számításával jellemzem. A túlélési analízis módszerek közül a Kaplan - Meier eljárást alkalmazom. A módszer lényege, hogy a függvényen 0. időponttól indul a megfigyelés (kutatásunkban ez az 1988/89-es adatfelvétel). Ebben az időpontban még minden megkérdezett élt, így a felrajzolható függvény még maximális értékű (esetünkben az élők aránya 100%). Valahányszor egy halálozás bekövetkezik, a függvény értéke csökken és halad - elvileg - a 0% felé. A függvény meredeksége azt a valószínűséget jeleníti meg, hogy adott időpontban mekkora a valószínűséggel élnek a csoport tagjai.

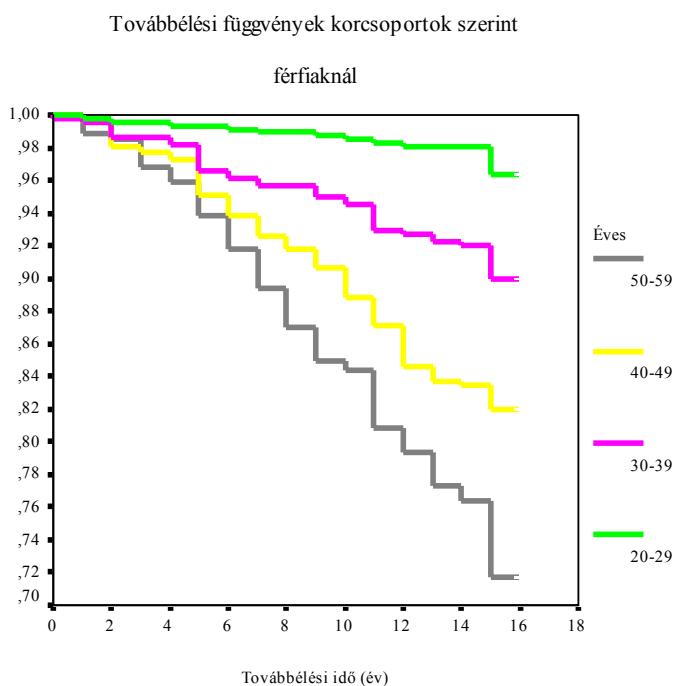
A halálozással kapcsolatos adatok feldolgozásában a kumulatív túléléselemzési módszer is igazolta, hogy szignifikánsan eltérőek a nemek életesélyei, a nők jelentősen nagyobb eséllyel éltek meg a 15 év időtartamot, mint a férfiak (15. ábra).

15. ábra

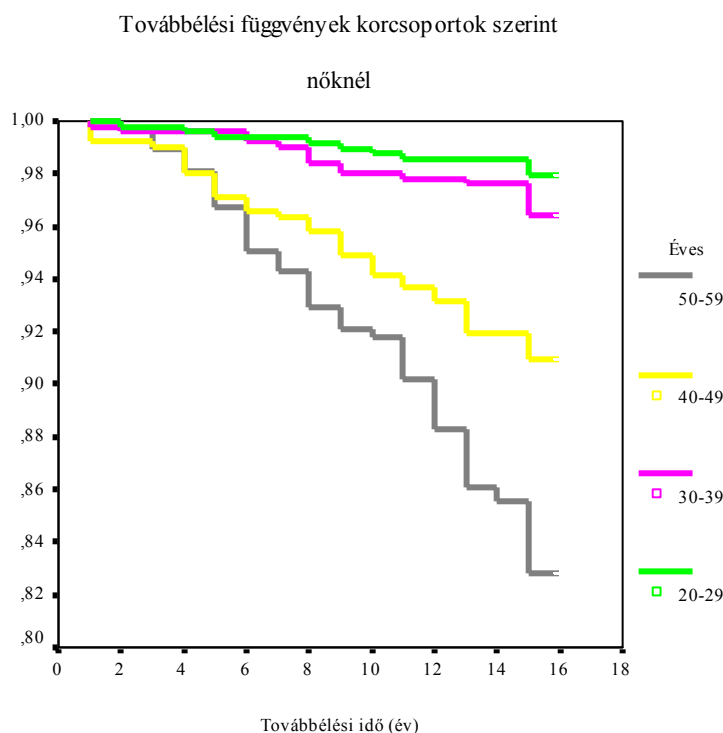


A kumulatív túlélést külön a férfiak és külön a nők mintájában 10 éves korcsoportonként is ábrázoltam (16. és 17. ábra). A korcsoportok túlélési függvényei mindkét nemben belül szignifikánsan különböztek egymástól újra jelezve, hogy már fiatalabb életkorban is a férfiak mortalitási esélye számottevően magasabb, mint a nőké. A 30-39 éves férfiak pl. olyan halálozási valószínűséggel jellemezhetők a mintánkban, mint a 40-49 éves nők.

16. ábra



17. ábra



8.7.2.2 A halálozás valószínűségét befolyásoló tényezők

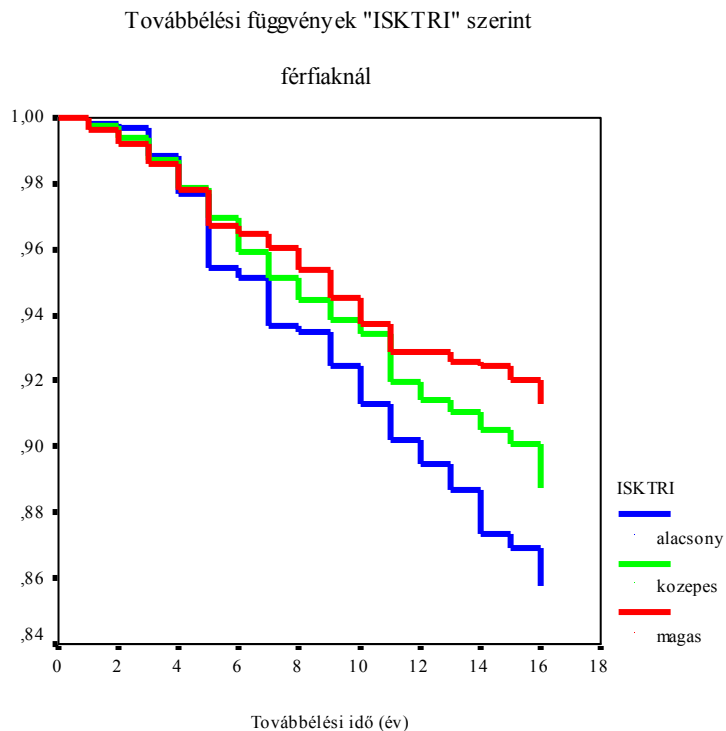
A halálozást befolyásoló demográfiai és pszichoszociális tényezők együttes és parciális hatásainak feltárására újra a Kaplan-Meier féle túlélésanalízist, a Cox-féle többszörös regresszióanalízist és a logisztikus regresszióanalízis módszereit alkalmaztam.

A halálozást befolyásoló tényezők megismerésére a kutatásban alkalmazott modell változócsoportjait használtam fel, kiindulva abból, hogy ha ezek a tényezők hatással vannak az egészségi állapot alakulására, akkor bizonyára jelentős szerepet töltenek be a halálozás – különösen az idő előtti halálozás – bekövetkeztében is. Ebben az elemzési munkában - a viszonylag alacsony esetszám miatt - a legtöbb esetben a változók dichotomizált formáját használtam.

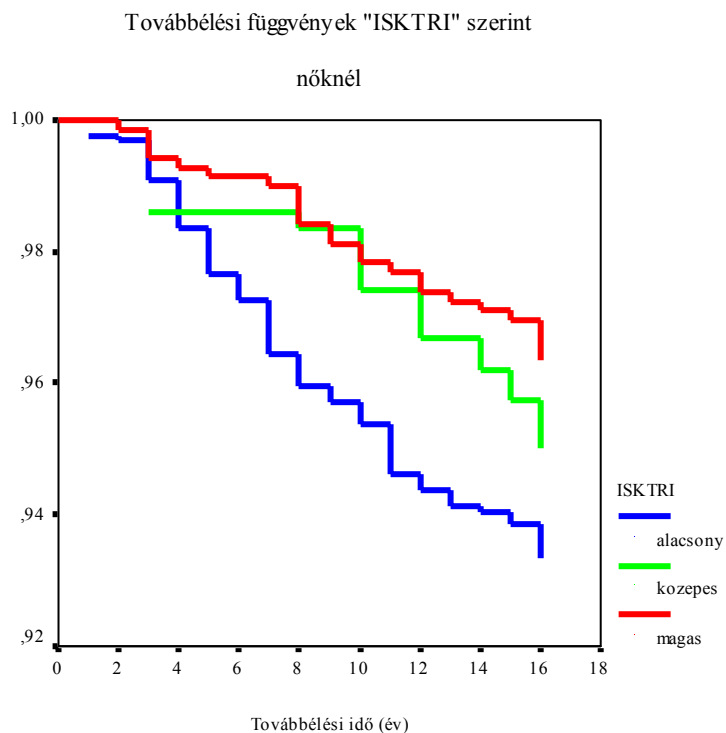
A 15 éves periódus túlélési valószínűségeinek lépésenkénti többszörös logisztikus regresszióelemzéssel nyert eredményeit röviden a következőkben foglalhatjuk össze. Amíg csak néhány prediktor, illetve kontrollváltozót szerepeltettem a modellekben, addig nem- és korcsoportonként eltérő súllyal ugyan, de általában beigazolódott, hogy az életkoron, mint független változón túl a legerősebb prediktor változók az iskolai végzettség (ISKTRI) (18.–19.ábra) és az idősebb korcsoportokban foglalkoztatottság, az

alkoholfogyasztás és a dohányzás, főként a férfiaknál. A fizikai aktivitás és az életirányítási képesség szerepét a halálozási valószínűségek alakításában inkább a férfiaknál, a szociális támogatás hatását pedig csak a nőknél tudtam igazolni.

18. ábra



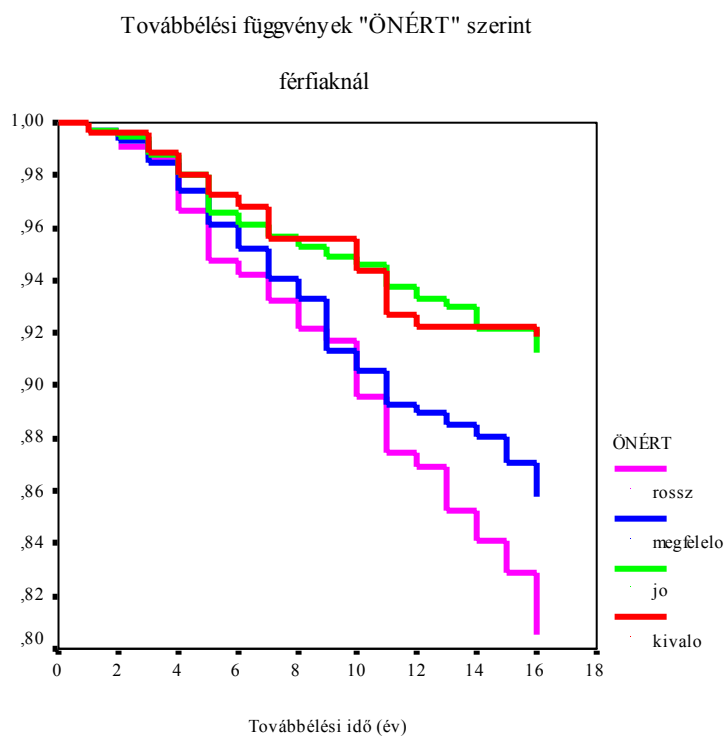
19. ábra



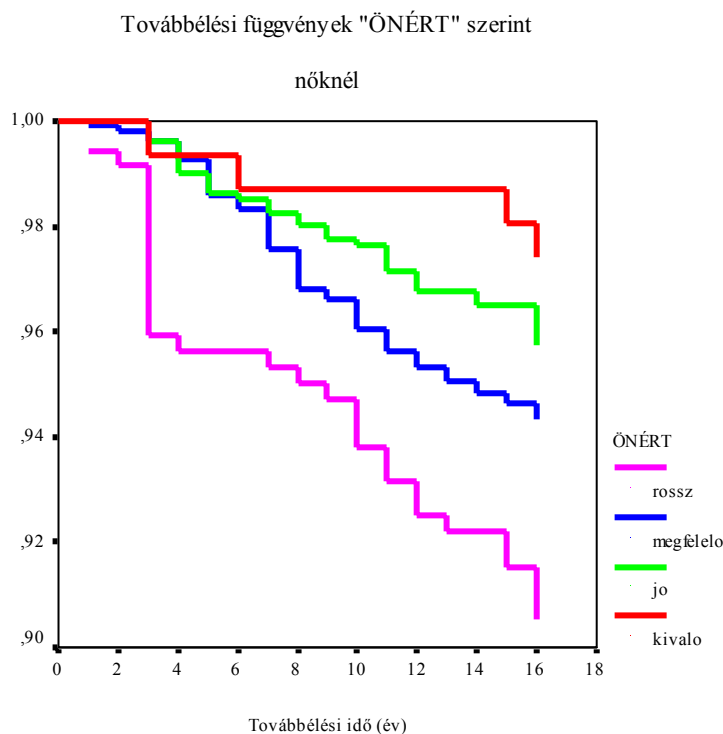
Amikor az egészségi állapot dimenziói közül a tevékenységkorlátozottságot és az idült betegségek előfordulását tekintettük prediktor változóknak és az előbbiekkal kontrolláltuk ezeket, a szignifikancia eltűnt. Ha viszont az egészség önértékelését tekintettük függő változónak, ennek szignifikanciája még az idült betegségek és tevékenységkorlátozottság kontrollja mellett is megmaradt.

Ez utóbbi eredmény azt a más kutatásokból is ismert tényt igazolja, hogy az egészség önértékelése (ÖNÉRT) az egészségi állapot egyik legjellemzőbb indikátora és a halálozás előrejelzője. A 20 - 21. ábrák a túlélés szempontjából (a Cox modell alapján) szignifikánsnak minősült tényezők parciális (azaz a többi tényezővel kontrollált) hatását szemléltetik.

20. ábra



21. ábra



Az empirikus adatok - még folyamatban lévő - elemzései során a halálozási valószínűségek előrebecsléséhez újabb változókat kellett bevonni a vizsgálatba rendelkezésünkre álló adatállományból. Ezek a következők: az egészség, mint érték megjelenése (EGÉRT), az egészségről, betegségről való ismeretek szintje, illetve az egészséggel-betegséggel kapcsolatos beállítódás dimenzióit.

A nem és az életkor kontrollja mellett a logisztikus regressziós modellbe először folytonos változóként vittem be az egészség önértékelését, az egészség (mint érték) fontosságának mértékét és az egészségről-betegségről való tudás szintjét mérő változókat.

21. táblázat

A halálozás valószínűségét befolyásoló tényezők (logisztikus regressziós modell)

Változó*	Regressziós együttható	Szign. szint	Exp(B)	Exp(B) 95%-os konfidenciaintervalluma	
				alsó határ	felső határ
Nem (nő=1, férfi=2)	0,86	0,000	2,37	1,86	3,02
Egészség-önértékelés	0,43	0,000	1,54	1,32	1,78
Életkor (5 évenként)	0,36	0,000	1,43	1,35	1,52
Egészség-érték	0,26	0,032	1,29	1,02	1,64
Egészségi ismeretek szintje	0,24	0,048	1,26	1,00	1,60
Konstans	-6,22	0,000	0,00		

*Az egészség önértékelését, az egészség-érték fontosságát és az egészségi ismeretek szintjét úgy kódoltuk, hogy a pozitívabb válaszokhoz tartoztak a kisebb értékek.

A táblázat adataiból látható, hogy a halálozás valószínűsége a férfiaknál 2,4-szer nagyobb, mint a nőknél. Ötéves életkornövekedés a halálozás valószínűségét az előző ötéveshez viszonyítva mintegy másfélszeresére növeli. Az egészség-érték fontossága és az egészségtudatosság mértékének csökkenése is szignifikánsnak minősült. Ezért a továbbiakban ez utóbbi változókat többféleképpen, több oldalról is megvizsgáltam.

A tudás szintet trichotóm változónak definiálva, az egészségről-betegségről relatíve legtöbb ismerettel rendelkezőkhöz képest a valamivel kevesebbel rendelkezők halálozásának valószínűsége csaknem kétszeres, míg a legkevesebb ismerettel rendelkezőké négyszeres. Az iskolai végzettséggel kontrollálva ugyanezek a valószínűségi esélyhányadosok 1,7, illetve 3,5, továbbra is erősen szignifikánsak maradtak.

Az elemzés következő lépésében a modellbe kontrollváltozóként a megkérdezettek fatális kimenetellel fenyegető idült betegsége került. A számítások eredményét a 22. táblázatban mutatom be.

22. táblázat

A halálozást befolyásoló tényezők többszörös logisztikus regressziós modellje

Változók	Regr. együttható	Szn. szint	Exp(B)	95%-os CI	
				alsó	felső
Életkor	0,08	0,000	1,08	1,07	1,09
Egészségi ismeretek szintje		0,006			
Valamivel kevesebb vs. legtöbb ismerettel rendelkezik	0,20	0,184	1,22	0,91	1,65
Legkevesebb vs. legtöbb ismerettel rendelkezik	0,75	0,001	2,11	1,34	3,35
Fatális idült betegséggel rendelkezik vs. nem rendelkezik	0,34	0,007	1,40	1,10	1,79
Férfi vs. nő	0,81	0,000	2,26	1,77	2,87
Konstans	-5,43	0,000	0,00		

A modell eredménye azért is figyelemre méltó, mert a fatális kimenetellel fenyegető idült betegségben szenvedők szignifikánsan több egészségi ismerettel rendelkeztek, mint akiknek nem volt ilyen betegségük. A legkevesebb egészségi ismeret szemben a legtöbb tudással még az (életkor, nem, sőt a rendelkezik-e fatális idült betegséggel) hatásának kiszűrése után is kereken kétszer nagyobb halálozási kockázatot jelentett a 15 éves követés alatt.

További finomításként - a független változók sorába - ebbe a modellbe is beépítésre került az iskolai végzettség. A modell paraméterei nem változtak meg jelentősen. A

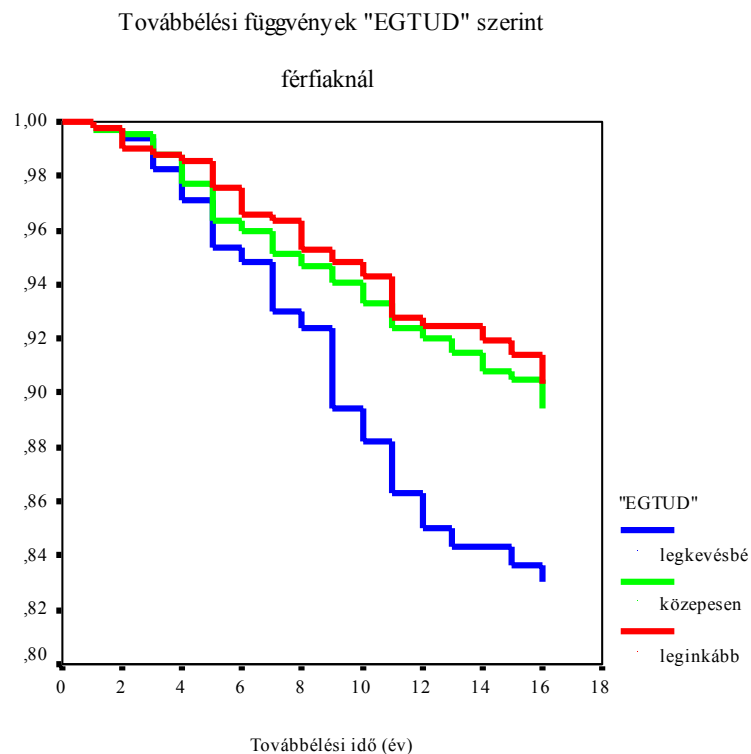
„legkevesebb egészségi ismeret szemben a legtöbb tudással” szignifikanciája nem tűnt el, és a relatív valószínűségi esélyhányados értéke is csak néhány tizeddel csökkent.

A logisztikus regressziós modellekkel végzett vizsgálataink eredményei szerint a halálozás kockázatát az egészségről-betegségről meglévő tudás mértéke jelentősebben befolyásolja tehát, mint a már bizonyítottan szignifikáns iskolai végzettség vagy az egészség önértékelése. Sőt, a fatális kimenetellel fenyegető idült betegség megléte is kisebb halálozási kockázatot jelent, mint az egészségről - betegségről való tudás hiánya.

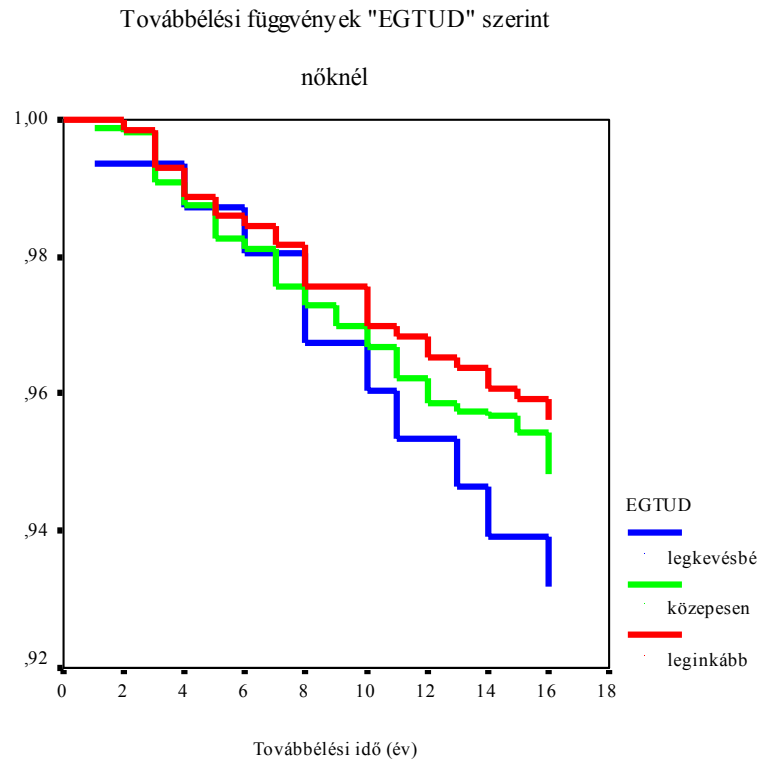
Az „egészségről-betegségről való tudás” változó tehát a halálozás kockázatát önállóan (az iskolai végzettség hatásának kiszűrése után) is hordozta, sőt előrejelző képessége jobbnak bizonyult, mint az eddig vizsgáltaké.

A 22. és 23. ábrán a Cox-féle többszörös regressziós modellel a túlélés szempontjából az önértékelésnél is erősebben szignifikánsnak minősülő, ún. EGTUD változó hatását szemléltetem a férfiak és nők mintájában. Az EGÉRT változó csak a férfiak körében differenciált (24. ábra). Az ábrákról leolvasható, hogy e változók által komplex módon mért pszichoszociális tényezők - különösen a férfiak körében - a halálozás markáns előrejelzői. (Az ábrák az életkor kontrollja mellett készültek.)

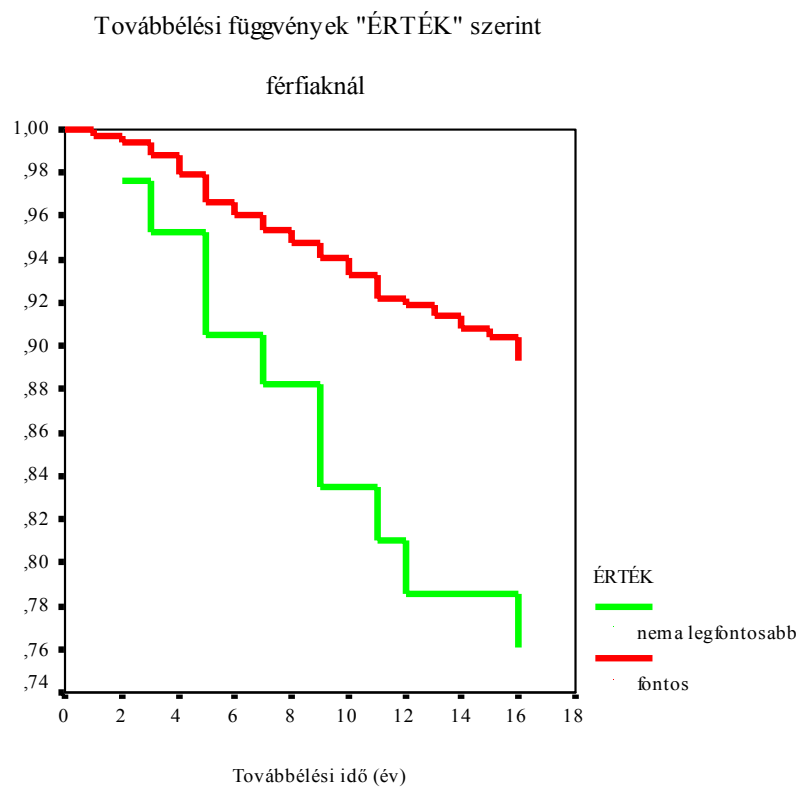
22. ábra



23. ábra



24. ábra



9 Összefoglalás

PhD. dolgozatom alapjául szolgáló kutatási feladatom az 1988/89-ben elkezdett Baranya megyei lakossági minta másfél évtizedes nyomon követése egy egészségszociológiai vizsgálat keretében. A vizsgálat 3 kutatási periódusában a lakosság egészségi állapotában, morbiditási és mortalitási jellemzőiben bekövetkező változásokat és az ezekre ható szocio-demográfiai tényezők szerepét kívántam feltárni, különös tekintettel az iskolai végzettségre és az iskolai végzettség hatását közvetítő faktorokra.

A Baranya megyei produktív életkorú lakosság körében 1988/89-ben, 1997/98-ban és 2003-ban végzett egészségszociológiai felmérés adatai igazolták, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot között hazai viszonyaink mellett is szoros pozitív kapcsolat van.

A kapcsolat lehetséges okainak feltárására irányuló kutatások első lépéseként a Ross és Wu által kidolgozott szociális oksági modellt egy keresztmetszeti vizsgálatban kíséreltem meg validálni. A többszörös lineáris regresszió analízis módszerével nyert eredmények azt mutatják, hogy a modell jól alkalmazható a vizsgált populációban is, azaz az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggést a modellben szereplő független változók nagyrészt megmagyarázzák. Az iskolai végzettség tehát elsősorban indirekt módon, közvetítő láncszemekon (a munka és anyagi körülmények-, a pszichoszociális erőforrások- és az egészséges életstíluson) keresztül hat az egészségre. A magasabb iskolai végzettségűek ugyanis valószínűbben foglalkoztatottak, kevesebb közöttük a rokkant, viszonylag nagyobb jövedelemmel rendelkeznek és így anyagi problémáik is kisebb mértékűek, mint az alacsony iskolai végzettségűeké. Jobb munkalehetőségeik vannak, amelyek kevesebb stresszel, veszélyeztetettséggel járnak. A magasabb iskolai végzettség erősíti az életirányítási képességet, fokozza annak tudatát, hogy az ember élete és egészsége saját tevékenységétől és döntéseitől függ. Inkább rendelkeznek támogató kapcsolatokkal, s az egészséges életstílus is a magasabb iskolai végzettségűek körében a gyakoribb, rendszeresebben végeznek testedző tevékenységet, kevésbé dohányoznak, mértékletesen fogyasztanak szeszes italt.

A modellben szereplő változók hatásának kiszűrése után azonban még mindig marad az összefüggésnek egy szignifikáns, megmagyarázatlan része. Ennek több oka lehet: a modellben nem szerepel az összes lehetséges magyarázó változó; a szignifikáns

változók szerepelnek ugyan, de operacionalizált meghatározásuk nem teljesen fedi le a tartalmukat; végül lehetséges, hogy az iskolai végzettség megszerzésére irányuló tanulási folyamatnak valóban van egy direkt hatása is az egészségre. Ez utóbbi magyarázata kézenfekvő: az iskolai oktatás egyfajta tréning az ember eszének használatára, a tanulásra, gondolkodásra, a logikus problémamegoldásra, érvelésre, stb., ez a mentális „edzési” folyamat pedig éppúgy formában tartja a központi idegrendszert, mint a fizikai edzés a testet.

További megállapítás, hogy az elmúlt 15 év alatt a lakosság általános egészségi állapota igen nagymértékben romlott, ami nem magyarázható csupán azzal a ténnyel, hogy a vizsgálatba vontak idősebbek lettek. Erre a megállapításra – a már eddig leírtakon kívül - bizonyítékul szolgál a jelenleg 35-39, 40-49, illetve 50-59 évesek és a 15 évvel ezelőtt ugyanezekbe a korcsoportokba tartozók (mint független minták) összehasonlításának az eredménye⁷. (23. táblázat) Ugyanis a 40 év felettiiek körében mindegyik egészségi állapot-indikátor 1997/98-ban jelentősen rosszabb egészségi állapotot tükröz, mint az első adatfelvétel idején. A változásokat az egészségi állapot önértékelésének romlása és a korlátozottságok mennyiségi és minőségi növekedése jól tükrözi.

23. táblázat

**Az egészségi állapot-jellemzők átlaga a két vizsgálat idején
a megfelelő korcsoportokban**

Jellemzők	A vizsg. ideje	35-39 éves			40-49 éves			50-59 éves		
		N	Átlag	Std. hiba	N	Átlag	Std. hiba	N	Átlag	Std. hiba
Az egészség önértékelése	2003	296	2,75	0,03	597	2,83	0,03	417	2,93	0,03
	1988/89	334	2,25	0,03	577	2,48	0,03	502	2,72	0,03
Tevékenység- korlátozottság	2003	296	0,29	0,04	597	0,76	0,04	417	1,16	0,04
	1988/89	334	0,34	0,04	577	0,61	0,04	502	0,93	0,04

Bebizonyosodott, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot közötti összefüggést az iskolai végzettségi szintekhez társuló sajátos munka- és anyagi körülmények, pszichoszociális tényezők, életstílus elemek közvetítik. A kontrollváltozók lépésenkénti kiszűrése alapján és az időrendiségből kauzális láncolatra lehet következtetni, melynek érvényességét a longitudinális vizsgálatok is igazolták.

⁷ Ezt az összehasonlítást csak a 35-59 évesekre leszűkített mintán végezhettem el, hiszen az 1988/89-es vizsgálatban nem szerepeltek az 59 év felettiiek, a 2003-as vizsgálatban pedig a 20-34 évesek.

A Ross és Wu modell tehát 15 év távlatában nemhogy veszített volna érvényességéből, hanem még további megerősítést nyert. A modellek meghatározottsági mutatói (többszörös determinációs együtthatók) a második és harmadik felmérésben a magyarázó változók és az egészségi állapot között szorosabb összefüggésre utalnak, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek társadalmi meghatározottsága tehát az első felmérés óta fokozódott. Ezen belül is figyelemre méltó az iskolai végzettség hatásának felerősödése, amely az önértékelés vonatkozásában már a fiatalabbak korcsoportjaiban is jelentős.

Az egészségi állapotromlás mértéke az egészségi ok miatti tartós tevékenységkorlátozottsággal mérve az 1988/89-es regressziós modellekkel pontosan előrebecsülhető volt, az egészség önértékelése viszont 2003-ban ténylegesen rosszabb, mint amire számítani lehetett.

Világossá vált, hogy az egészséget veszélyeztető tényezők nem véletlenszerűen oszlanak meg a társadalomban, akár a munkával járókat, az anyagi körülményeket, a pszichoszociális tényezőket és az egyéni magatartásjellemzőket tekintjük.

Megoszlásuk követi a szociális struktúrát, az abban fennálló egyenlőtlenségek kifejeződése, és ez vezet az egészség társadalmi egyenlőtlenségeihez. A szokványos megközelítésben egyéntől függőnek tartott viselkedések, mint a testedzés, dohányzás, alkoholfogyasztás, nem alternatívái a szociálisan strukturált egyenlőtlenségeknek a materiális, kulturális javakban, amelyek kézenfekvően befolyásolják az egészségi állapotot, hanem inkább összefüggnek egymással. Ross és Wu (1995) joggal írják: a magas iskolai végzettségűekhez hasonlítva az alacsony iskolázottságú emberek valószínűbben nem foglalkoztatottak, ha foglalkoztatottak, nem egyenlően férnek hozzá a kielégítő, jól fizetett munkákhoz, nagyobb anyagi nehézségeket tapasztalnak meg, melyek mindegyike összekapcsolódik azzal a vélekedéssel, hogy erőtlenebb életük és egészségük befolyásolásában, és összefügg az egészséges életstílussal is. Ha kitörési erőfeszítéseik haszontalannak bizonyulnak, ha az egészségről és a betegségről úgy vélekednek, mint amiket nem ellenőrizhetnek, akkor mi értelme lenne a testedzésnek, a dohányzás abbahagyásának vagy az ivás mérséklésének (Wheaton 1980)? Más szavakkal, ha a jobb munka és életkörülményektől való megfosztottság megélése, a változtatási erőfeszítések kudarca az alacsonyabb iskolázottságúak életébe „bekódolt” jellemzők, akkor ez valószínűen vezet a gyenge kontrolltudathoz, ami végül is – részben az életstílus révén, részben közvetlenül – befolyásolja az egészséget. Így tehát a

pszichoszociális erőforrások és az egészséges életstílus nem alternatívái a materiális viszonyok egyenlőtlenségeinek, inkább arról van szó, hogy összekapcsolják az iskolai végzettség, a munka és anyagi körülmények egyenlőtlenségeit az egészséggel.

9.1 A kutatási téma további lehetséges irányai, az eredmények hasznosításának lehetőségei

Tekintettel arra, hogy a többszörös regressziós modellekkel nyert eredmények részben az elemzés stratégiájának is függvényei, az adatfeldolgozást, modellalkotást korántsem tekinthetjük befejezettnek. Ez vonatkozik a szűkebb értelemben vett egészségmagatartás (az orvoshoz fordulás, a preventív magatartás) változásának részletesebb vizsgálatára is, mely azonban az eddig alkalmazott Ross és Wu modell keretein túlmenő, attól eltérő változócsoportok figyelembevételét igényli.

Mindenképpen célszerű lenne a hazai viszonyok között ritkán végzett követéses vizsgálatot öt év elteltével megismételni. Addig is elvégzendő feladat a válaszadók egészségi dokumentumainak hozzájárulásukkal való megismerése, és összekapcsolásuk a morbiditási és mortalitási adatokkal. Arra az időszakra már az alapvizsgálatban megkérdezettek 20 éves morbiditási és mortalitási adatai, lényegesen nagyobb mintaelemszámú statisztikai sokaság állna rendelkezésre. A kiinduló állapotban és két tízéves periódus eltelte után ugyanazokkal a személyekkel készült felmérés eredményeinek összevetése számos érdekes és új összefüggés feltárását tenné lehetővé.

Már az elmúlt 15 évi mortalitás lehetséges rizikótényezőinek szignifikancia-vizsgálata is olyan, nem várt erejű összefüggést hozott felszínre (az egészség-betegség ismeretszintjének minden eddigi, domináns változó kontrollja melletti szignifikanciáját), amely kutatásunk irányát az egészség-betegség ismeretszint, az egészség-tudatosság és az egészség-érték kutatás irányába tereli, kiegészítve az eddig már felszínre került és igazolt magyarázó tényezőket.